



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

REVISÃO DO DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DE FARMÁCIA NO ATENDIMENTO EM MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA

Trabalho submetido por
Rita Susana da Fonseca Gonçalves
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Outubro de 2015



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

REVISÃO DO DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DE FARMÁCIA NO ATENDIMENTO EM MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA

Trabalho submetido por
Rita Susana da Fonseca Gonçalves
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por
Professora Doutora Mara Pereira Guerreiro

Outubro de 2015

Agradecimentos

Quero agradecer a quem tenha contribuído, directa ou indirectamente, à elaboração do presente trabalho. À minha família, amigos e namorado, por serem os meus pilares essenciais nesta jornada académica e principalmente, na jornada da vida. Aos professores e orientadores de estágio pelo conhecimento e sabedoria que me transmitiram, contribuindo assim para o meu enriquecimento profissional.

Um agradecimento especial à Prof^ª. Doutora Mara Guerreiro pelo apoio, ajuda e disponibilidade dispensada na elaboração do trabalho.

Por último, mas não em consideração pessoal, quero agradecer ao pai e ao meu irmão por todo o apoio que me deram; à minha mãe, pela sua natureza inspiradora, força e coragem que foi em vida, guiando-me pelos obstáculos da vida.

Resumo

Em Portugal, a introdução de nova legislação permitiu a expansão dos locais de venda de MNSRM, onde até a data era de venda exclusiva nas farmácias comunitárias. O governo tem adoptado medidas que facilite a comercialização dos MNSRM pois a automedicação permite ao estado poupança nos gastos com a saúde, visto que os MNSRM não são comparticipados. Contudo, o uso inadequado de MNSRM poderá ter consequências para o doente. Como tal, o farmacêutico tem um papel fulcral na automedicação e na educação do utente, permitindo averiguar em cada caso a correcta utilização do medicamento e quando necessário uma intervenção mais específica, o encaminhamento para o médico especialista. É imprescindível que o farmacêutico efectue uma correcta avaliação inicial do utente, para poder indicar o medicamento mais adequado ao caso, e aconselhar sobre o mesmo. A literatura internacional tem constatado discrepâncias no modo de actuação do farmacêutico em contexto de automedicação. Assim, o presente trabalho teve como objectivo proceder a uma revisão do desempenho dos profissionais de farmácia no atendimento a MNSRM. A revisão literária baseou-se nos critérios reportados pelos estudos, referentes à avaliação inicial e ao aconselhamento prestado no atendimento. Quinze artigos foram analisados após uma pesquisa efectuada no PUBMED, MEDLINE e Google Scholar com recurso a palavras-chave como, automedicação/MNSRM, utente simulado e aconselhamento farmacêutico. Os resultados da pesquisa foram limitados a artigos publicados em inglês, entre 2000 a 2014 e realizados num país desenvolvido. Os critérios mais reportados na avaliação inicial foram “outra medicação”, “quem é o paciente” e “sinais e sintomas”. No aconselhamento, os critérios “outros” e “dosagem” foram os mais reportados. A classificação do desempenho dos profissionais de farmácia no atendimento a MNSRM variou de fraco a bom. Sugere-se que mais estudos investiguem esta temática, e que futuras revisões incluam avaliação da qualidade dos estudos para uma maior robustez da revisão literária.

Palavras-chave: Desempenho profissional, atendimento, MNSRM

Abstract

In Portugal, the introduction of new legislation allowed the sale of OTC drugs outside of the community pharmacies. The government has adopted actions that enable the OTC drugs selling because it allows savings for the government, since the OTC drugs are not reimbursed. However, the inappropriate use of OTC drugs could have consequences for the patient. As such, the pharmacist plays a central role in the self-medication as an educator, supervising in each case the correct use of the medication and when necessary a more specific intervention, referral to the doctor. It is imperative that pharmacists make a correct initial assessment of the patient, to be able to indicate the most appropriate medicine and counselling about it. The international literature has found inconsistencies in the pharmaceutical mode of action in self-medication. Thus, this study aimed to conduct a performance review of pharmacy professionals in attending OTC drugs. The literature review is based on the reported criteria of the studies regarding the initial assessment and the advice given in attendance. Fifteen articles were analyzed after a research in PubMed, MEDLINE and Google Scholar using keywords like, self-medication/ OTC drugs, simulated patient and pharmaceutical advice. The research findings were limited to articles published in English from 2000 to 2014 and held in a developed country. The criteria most often reported for the initial evaluation were "other medication", "who is the patient" and "signs and symptoms". In counseling, the criteria "other" and "dosage" were the most reported. The classification of the pharmacy staff performance on attending OTC drugs ranged from poor to good. It is suggested that further studies investigate this issue and future revisions should include the quality assessment of studies for a better robustness of the literature review.

Key words: Work performance, attendance, OTC drugs

Índice Geral

1	Introdução.....	17
1.1	Enquadramento Teórico.....	17
1.1.1	Automedicação	17
1.1.2	O farmacêutico e a automedicação.....	19
1.1.3	Benefícios e riscos da automedicação	23
1.2	Objectivos	29
2	Desenvolvimento.....	31
2.1	Métodos	31
2.2	Resultados.....	33
3	Conclusão.....	54
4	Bibliografia.....	58
5	Anexos.....	66

Índice de Figuras

Figura 1 - Risco para o doente relacionado com a prática automedicação.....	24
Figura 2 – Fluxograma representativo da pesquisa de artigos efectuado para o trabalho.	32
Figura 3 - Critérios analisados na etapa avaliação inicial.. ..	35
Figura 4 - Critérios analisados na etapa aconselhamento.....	36
Figura 5 - Critérios analisados na etapa avaliação inicial na CE.....	37
Figura 6 - Critérios analisados na etapa aconselhamento na CE.....	37

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Situações passíveis de automedicação.	19
Tabela 2 - Significado e atributos referentes ao acrónimo WWHAM	22
Tabela 3 - Estrutura do mercado dos medicamentos	23
Tabela 4 - Interações potenciais envolvendo MNSRM.	27
Tabela 5 - Benefícios e riscos da automedicação	28
Tabela 6 – Resultados referentes aos critérios de avaliação inicial no atendimento em MNSRM.	39
Tabela 7 - Resultados referentes aos critérios de aconselhamento no atendimento em MNSRM.	44
Tabela 8 - Resultados referentes aos critérios de avaliação inicial no atendimento na CE.	49
Tabela 9 - Resultados referentes aos critérios de aconselhamento no atendimento da CE.	52

Abreviaturas

- AINE – Anti-Inflamatório Não Esteróide
- CE – Contracepção de Emergência
- IECA – Inibidor da Enzima de Conversão de Angiotensina
- IST – Infecções sexualmente transmissíveis
- MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
- MSRM – Medicamento Sujeito a Receita Médica
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PA – Princípio activo
- PD – Pedido directo
- PRM – Problema Relacionado com o Medicamento
- RAM – Reacção adversa ao medicamento
- SNS – Serviço Nacional de Saúde

1 Introdução

1.1 Enquadramento Teórico

1.1.1 Automedicação

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a automedicação consiste, na utilização de medicamentos pelos indivíduos no alívio de sintomas e doenças reconhecidas pelo próprio (World Health Organization, 1998). Em Portugal o despacho nº 17690/2007 define automedicação como a “utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde”.

A automedicação representa uma área de cuidados de saúde em que o utente assume responsabilidade pela gestão de um mal menor, usando um produto farmacêutico que está disponível sem receita médica. O farmacêutico pode auxiliar o utente, prestando um aconselhamento sobre o uso adequado do fármaco (Hughes, McElnay, & Fleming, 2001). Embora a automedicação esteja associada ao uso de medicamentos sem prescrição médica, uma definição diferente tem sido proposta, e que inclui o uso de medicamentos prescritos anteriormente adquiridos, sem a recomendação de um médico (Du & Knopf, 2009).

De acordo com o Estatuto do Medicamento na sua actual redacção, a classificação do medicamento em medicamento não sujeito a receita médica (MNSRM) faz-se por exclusão dos parâmetros de classificação do medicamento sujeito a receita médica (MSRM). Por conseguinte, são considerados MSRM quando há cumprimento de pelo menos um dos seguintes requisitos.

Possam constituir, directa ou indirectamente, um risco, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica.

- a) Sejam com frequência utilizados em quantidade considerável para fins diferentes daquele a que se destinam, se daí puder resultar qualquer risco, directo ou indirecto para a saúde.
- b) Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias cuja actividade e ou efeitos secundários seja indispensável aprofundar.
- c) Sejam prescritos pelo médico para serem administrados por via parentérica.

Todos os excluídos das condições previstas para a classificação de MSRM e cujas indicações terapêuticas se destinam obrigatoriamente a situações passíveis de automedicação, são considerados MNSRM (Ministério da Saúde, 2007).

A 16 de Agosto de 2005 é publicado o Decreto-Lei n.º 134/2005 que permite a comercialização dos MNSRM fora das farmácias, em locais devidamente autorizados. Pretendeu-se assim aumentar o número de pontos de venda, facilitando o acesso ao consumidor por um lado, e por outro, a redução do preço através da liberalização e a concorrência de um mercado alargado. O utente pode assim adquirir MNSRM quer na farmácia, quer fora desta, por indicação do farmacêutico, técnico de farmácia ou simplesmente, através de um pedido directo do medicamento, como acontece em situações cujos sintomas já são do conhecimento do utente.

O Despacho nº17690/2007, de 23 de Julho (Anexo I) enumera as situações passíveis de automedicação, agrupando-as de acordo com o sistema alvo. A Tabela 1 apresenta algumas das situações que integram listagem.

Sistema	Situação passível de automedicação
Digestivo	<ul style="list-style-type: none">• Diarreia• Hemorróidas• Pirose, enfartamento, flatulência• Vómitos, enjoo do movimento
Respiratório	<ul style="list-style-type: none">• Estados gripais e constipações• Tosse e rouquidão• Rinorreia e congestão nasal• Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal

Cutâneo	<ul style="list-style-type: none"> • Pitíriase versicolor e pitíriase capitis • Verrugas • Queimaduras de 1º grau • Picadas de insectos • Herpes labial
Nervoso	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade ligeira • Enxaquecas e cefaleias ligeiras a moderadas
Muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Dores musculares ligeiras a moderadas • Contusões • Dores pós traumáticas
Ginecológico	<ul style="list-style-type: none"> • Dismenorreia primária • Contracepção de emergência • Métodos contraceptivos de barreira e químicos • Candidíase vaginal

Tabela 1 - Situações passíveis de automedicação (Adaptado do Despacho nº17690/2007, 10 de agosto).

Independentemente da situação é necessário atenção especial para grávidas, bebés, crianças, idosos e utentes com doenças crónicas (Soares, 2005; Ministério da Saúde, 2007).

1.1.2 O farmacêutico e a automedicação

De acordo com a OMS (1998), o farmacêutico deverá ser um comunicador, um educador e um líder no desempenho das suas funções junto da população. O papel do farmacêutico é assegurar o acesso, a segurança, o uso racional e apropriado do medicamento. O farmacêutico enquanto comunicador deverá ser capaz de dialogar com o utente de forma a obter o seu histórico clínico mais pormenorizado possível. Deverá ser capaz de colocar questões pertinentes para ter acesso à informação clínica relevante do utente. A sua linguagem deverá ser o mais claro e objectivo possível quer na recolha

de informação, quer na explicação do tratamento. Enquanto líder e supervisor, deverá assegurar a qualidade do serviço prestado, participando em actividades de desenvolvimento profissional, e incentivando outros farmacêuticos e técnicos a participar em formações profissionais. Deverá igualmente desenvolver/aperfeiçoar as suas relações de colaboração com outros profissionais de saúde, indústria farmacêutica, pacientes e público em geral, de modo a partilhar informação, experiências e competências que visam enriquecer o seu desempenho na automedicação. Deverá igualmente promover a saúde junto da população de forma a consciencializar estes sobre problemas de saúde e prevenção de doenças. Empoderar o utente através do aconselhamento também faz parte das suas funções. O farmacêutico ajuda assim o utente a fazer escolhas informadas no cuidado da sua saúde (World Health Organization, 1998).

O farmacêutico ajuda por dia em média, entre 5 a 15 utentes que procuram aconselhamento, tratamento ou uma combinação dos dois elementos. Ao contrário de outros profissionais de saúde, o atendimento farmacêutico não requer marcação prévia, e decorre, na maioria dos casos, sem conhecimento da história clínica do utente, baseando-se em dados obtidos por breves entrevistas clínicas (Rutter & Newby, 2012).

De acordo com as Normas FIP/OMS para as Boas Práticas de Farmácia, o farmacêutico tem como função “a dispensa de medicamentos e outros produtos de saúde de qualidade garantida, a dispensa de informação adequada e aconselhamento ao doente, a administração de medicação quando solicitada, e a monitorização dos efeitos da sua utilização” (Council Meeting FIP, 2010). O farmacêutico deverá informar e aconselhar o utente sobre o uso correcto do medicamento. A informação transmitida ao utente deverá ser simples, clara, compreensível e adaptada ao nível sociocultural do utente. Os farmacêuticos são responsáveis por garantir a qualidade dos medicamentos fornecidos para os utentes, e educarem estes para a sua correcta utilização através de um aconselhamento adequado (Boas Práticas de Farmácia, 2001; Neanderthals, 2014).

O farmacêutico deverá avaliar as necessidades do utente. Primeiramente, recolhe toda a informação necessária para avaliação do problema de saúde em causa. Para tal, é necessário que o farmacêutico possua boa capacidade de comunicação, de forma que obtenha informação clínica necessária para um diagnóstico correcto. Deverá assim

conjugar uma boa técnica entrevista seguido de uma escuta activa, com atenção ao que o utente diz e igualmente, ao que não diz, nomeadamente à sua linguagem não-verbal (Rutter & Newby, 2012).

Existem acrónimos que facilitam a memorização das questões chave, permitindo assim ao farmacêutico questionar o utente de forma ordenada e estruturada. O mais conhecido internacionalmente é o acrónimo WWHAM (Tabela 2). Este acrónimo tem como ponto positivo a apresentação do doente, e como pontos negativos, a falta de informação relativa aos factores sociais, ao estilo de vida e histórico de sintomas anteriores vivenciados pelo doente, sendo por isso considerado pouco específico. No entanto, devido às suas limitações, têm surgido outros acrónimos que permitem explorar melhor o histórico clínico do utente, nomeadamente, os acrónimos ENCORE, ASMETHOD e SIT DOWN SIR (Rutter & Newby, 2012). Apesar de favorecer um diagnóstico diferencial, cada um apresenta as suas limitações não havendo assim um acrónimo ideal (Anexo II). A nível nacional, foi investigado e proposto o acrónimo 4Choice4A (Anexo III). Este caracteriza-se pela etapa “Acolhimento”, seguido da etapa “Asas/Atendimento” conforme o caso, e por último, a etapa “Adeus”. A etapa ASAS é constituída por várias sub etapas: “Avaliação”, em que o farmacêutico procede a uma análise dos sinais e sintomas do doente, medidas já tomadas, entre outros; a fase “Seleção” consiste em adequar um tratamento à situação retratada e seleccionar um MNSRM. A fase “Aconselhamento”, o farmacêutico deverá prestar informação sobre o tratamento seleccionado, nomeadamente facultar informação oral sobre a acção do tratamento, posologia e duração do tratamento; complementar a informação oral com a escrita sendo que a posologia deverá ser sempre transmitida quer oralmente quer por escrita. Por último, na fase “Seguimento”, o farmacêutico deverá encorajar o doente a reportar os resultados do tratamento. Em alternativa, num cenário de pedido directo, a etapa mais apropriada a seguir será o “Atendimento”. Nesta etapa, o farmacêutico deverá mostrar-se disponível para esclarecer qualquer dúvida e atento às necessidades do utente (Jos & Cruz, 2014).

Significado	
W	Who is the patient? / Quem é o doente?
W	What are the symptoms? / Quais são os sintomas?
H	How long have the complaint symptoms been presente? / Há quanto tempo apresenta os sintomas?
A	Action taken? / O que fez?
M	Medication being taken? / Qual a medicação que toma?

Tabela 2 - Significado e atributos referentes ao acrónimo WHAM

Depois de recolher e analisar a informação, o farmacêutico pode referenciar o utente a uma consulta com um especialista, no caso de uma suspeita de patologia grave; no caso de uma patologia menor, e de necessidade confirmada, o farmacêutico poderá dispensar o medicamento que melhor se enquadra com a situação clínica do utente. No acto da dispensa, o farmacêutico deverá assegurar que o utente compreendeu a acção do medicamento, a forma como deve ser tomado o medicamento (como, quando e quanto), a duração do tratamento bem como efeitos secundários, contra indicações e interacções (Boas Práticas de Farmácia, 2001; Council Meeting FIP, 2010). As etapas do processo de intervenção farmacêutica encontram-se esquematizadas no Anexo IV (Grupo de Boas Práticas de Farmácia, 2006).

Um estudo realizado em farmácias comunitárias portuguesas constatou que, 78.3% dos utentes da farmácia comunitária consumiam MNSRM (Fernandes, Palma, Frazão & Monteiro, 2010). O processo de escolha e de decisão que o consumidor passa, englobe vários factores que condicionam o seu comportamento. O utente quando opta por um MNSRM da sua preferência geralmente não tem em consideração outros MNSRM disponíveis no mercado. O utente, por norma, não tem experiência ou termos de comparação, sobrevalorizando por isso, a marca que conhece (Akçura, Gönül & Petrova, 2004). No entanto, o farmacêutico pode ajudar na escolha, com base no conhecimento científico e experiência que tem da oferta no mercado, aconselhando produtos novos que não são do conhecimento do utente e os mais adequados para o seu estado de saúde. Outra problemática que tem vindo a ser discutido na literatura é a automedicação e os problemas relacionados com o medicamento (PRM). Uma PRM é,

segunda uma definição europeia, um evento ou circunstância que compromete o estado de saúde do doente devido à terapêutica medicamentosa (Pharmaceutical Care Network Europe, 2010).

1.1.3 Benefícios e riscos da automedicação

Na perspectiva do farmacêutico, a automedicação é vantajosa, na medida que permite ao farmacêutico uma participação mais activa junto do doente, aumenta as opções terapêuticas e permite uma maior visibilidade do seu papel. Na perspectiva do consumidor, a automedicação optimiza o tempo útil do utente, no sentido em que este poupa tempo em filas e consultas médicas desnecessárias (Hughes et al, 2001). Assiste-se a uma tendência internacional de capacitação do utente, no sentido de o empoderar para detectar problemas de saúde menores, e de trata-las, sem recorrer ao sistema de saúde. Nos últimos anos, tem-se verificado uma diminuição nos encargos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos subsistemas, e em contrapartida, um aumento dos encargos do doente com a saúde. Paralelamente tem-se constatado um aumento do mercado dos MNSRM, tal como vem descrito na Tabela 3.

	2009	2010	2011	2012	2013
Encargos SNS + subsistemas	55.3%	59.7%	50.7%	50.2%	47.3%
Encargos do utente (SNS + subsistemas) nas especialidades comparticipadas	25.2%	25.4%	28.9%	27.2%	26.7%
Mercado MNSRM + restante mercado	19.4%	14.9%	20.4%	22.6%	26.0%

Tabela 3 - Estrutura do mercado dos medicamentos (com base em INFARMED I.P., 2015)

Outra via que permite poupança para o estado é a reclassificação de MSRM a MNSRM. Este processo permite gerar poupanças directas para os contribuintes e para a sociedade, na medida que, os custos são transferidos somente para os consumidores. A

reclassificação de MNSRM permite também gerar poupanças indirectas de custos, através da melhoria da produtividade do consumidor (Cohen, Millier, Karray, & Toumi, 2013). Um estudo de Millier e seus colaboradores (2013), publicado no mesmo ano da revisão sistemática citada, avaliou o impacto económico da potencial reclassificação de triptanos em seis países da União Europeia: França, Reino Unido, Espanha, Itália, Alemanha e Polónia. Estima-se que os seis estados membros da EU tenham uma despesa a rondar os 582.000.000 € por ano para o tratamento da enxaqueca. A reclassificação de triptanos permitiria uma poupança na ordem dos 75.000.000 € (Millier, Cohen, & Toumi, 2013). Face à evidência de eficácia e segurança à poupança estimada, estes autores defenderam a reclassificação de triptanos a MNSRM.

Se por um lado há potenciais benefícios para os vários intervenientes, por outro lado, existem riscos para a saúde do utente (Figura 1).



Figura 1 - Risco para o doente relacionado com a prática automedicação.

Por exemplo, no estudo de Eickhoff, os autores pretenderam quantificar PRM relacionado com a automedicação e identificado pelos farmacêuticos alemães no momento da dispensa. Para tal, recolheram informações de utentes utilizadores de MNSRM de uma forma padronizada. Dados como idade, sexo, primeiro pedido ou pedidos recorrentes de MNSRM, histórico da medicação foram documentados. Alguns dados foram recolhidos e confirmados através da ficha do utente disponível na farmácia.

Os PRM identificados foram documentados assim como a descrição de problemas e soluções. Os 109 farmacêuticos que participaram no estudo documentaram 12567 atendimentos e identificaram PRM em 17.6% dos casos. Os PRM responsáveis por quase 75% dos casos foram: automedicação inadequada (29.7%); produto solicitado inadequado (20.5%); duração de tratamento elevado incluindo abuso (17.1%) e dosagem errada (6.8%). Quando o farmacêutico tinha acesso ao histórico da medicação do utente, mais casos eram detectados, e os PRM reportados consistiam na dosagem errada e em interacções medicamentosas. As intervenções farmacêuticas mais frequentes foram encaminhar o utente para o médico (39,5%) e mudar de MNSRM mais apropriado para o caso (28,1%). Em quase um em cada cinco encontros, o farmacêutico detectou PRM relacionados com a automedicação (Eickhoff, Hämmerlein, Griesse, & Schulz, 2012).

Já no estudo de Schmiedl, os autores analisaram internamentos hospitalar resultante de reacções adversas a medicamentos (RAM) utilizados em automedicação. Os autores englobaram na definição de automedicação para além dos MNSRM os MSRM, que muitas vezes os utentes têm por casa e que sobraram de prescrições anteriores. Dos 6 887 doentes internados por RAM, 266 deveram-se a medicamentos utilizados em automedicação. Em 143 destes utentes (53,8%), a RAM responsável pelo episódio era resultante da toma de MNSRM. Os restantes casos detectados (46,2%) representam MSRM utilizados em contexto de automedicação. A população mais afectada foram homens entre os 60 e 69 anos, e mulheres entre os 70 e os 79 anos. A principal RAM reportada foi, problemas gastrointestinais relacionada com a toma de anti-inflamatórios não esteróides (AINE), mais precisamente, da toma do ácido acetilsalicílico. Os autores também verificaram que nos 102 casos de RAM, estas deveram-se a uma interacção medicamentosa entre um medicamento prescrito, o diclofenac, e um MNSRM, o ácido acetilsalicílico (Schmiedl et al., 2014).

Para além dos efeitos adversos dos AINE na população idosa, têm-se constatado interacções medicamentosas entre MNSRM e MSRM, o que poderá desencadear um episódio de reacção adversa grave para o doente, comprometendo a sua saúde. Apesar de esta incidência ser relativamente baixa dado os elevados índices de utilização de MNSRM, interacções medicamentosas graves e clinicamente significativas ocorrem com estes fármacos (Hersh, Pinto & Moore, 2007). Por exemplo, a toma simultânea de

anti-hipertensores, como inibidores da enzima de conversão de angiotensina (IECA) e diuréticos, com AINEs (ibuprofeno, naproxeno e celecoxib) por mais de cinco dias, parece interferir com o mecanismo de acção de estes anti-hipertensores. Ao interferir com a síntese de prostaglandinas, a eficácia destes fármacos poderá ser comprometida e o utente pode sofrer oscilações de 2 a 6 mmHg, quer na pressão arterial sistólica (PAS) quer na diastólica (Hersh et al., 2007). Ainda que sejam mínimas as alterações provocadas, estima-se que a prevenção do aumento de 2.26 mmHg na PAS resultaria na prevenção de mais 30 000 mortes por acidente vascular cerebral e 2 000 mortes por doenças coronárias ao ano, em doentes americanos que tomam AINEs para o tratamento da osteoporose (Grover, Coupal & Zowall, 2005). Os autores recomendam atenção especial e controlo redobrado nos doentes hipertensos que iniciem uma terapêutica com AINEs (Whelton et al, 2002).

O estudo de Yoon & Schaffer (2006) analisou o uso concomitante de MSRM, MNSRM e fitoterapia com o objectivo de descrever potenciais interacções medicamentosas com consequências clínicas de risco relevante, numa amostra de 58 mulheres de idade acima de 65 anos que relataram o uso de fitoterapia. Pelo menos uma interacção medicamentosa moderada ou de alto risco foi identificada em 74% dos participantes, num total de 136 interacções identificadas. Do total de interacções reportadas, 52% eram entre MSRM e MNSRM ou fitoterapia, com 63% das situações envolvendo AINEs. Das 136 interacções identificadas, 80 foram consideradas de risco moderado; 35 das interacções foram observados entre MSRM e MNSRM ou fitoterapia; 22 entre MSRM; 15 entre MNSRM e fitoterapia e 8 entre produtos de fitoterapia.

A título ilustrativo de interacções medicamentosas com MNSRM e respectivas reacções adversas, na Tabela 4 apresentam-se alguns exemplos com relevância nacional (British National Formulary, 2000).

MNSRM	Interacção medicamentosa	Reacção adversa/ riscos potenciais
Aspirina (ácido acetilsalicílico)	Varfarina	Aumento do risco de hemorragia
	Metotrexato	Risco de toxicidade
Ibuprofeno	Varfarina	Aumento do risco de

	hemorragia
Lítio	Risco de toxicidade

Tabela 4 - Interações potenciais envolvendo MNSRM.

Salienta-se que a percepção de risco dos consumidores pode ser menor para os MNSRM, relativamente aos de receita médica obrigatória. No entanto, a sensibilização dos consumidores para os riscos potenciais associados com o uso de analgésicos tem aumentado ao longo do tempo. De acordo com Stosica, Dunagana, Palmerb, Fowlercd & Adamsa (2011), um em cada dois consumidores regulares de analgésicos não sujeitos a receita médica, afirma estar cientes dos riscos potenciais; no entanto, somente um terço dos consumidores estão efectivamente conscientes dos riscos. O uso adequado dos MNSRM é cada vez mais dependente da rotulagem e da capacidade do consumidor em avaliar e compreender o risco a que está sujeito. Os resultados do estudo de Stosica et al (2011) demonstraram que os consumidores estão a utilizar analgésicos, como AINE e paracetamol, de acordo com o aprovado, quer em termos de dose quer de frequência de uso.

Para contrabalançar os riscos associados à automedicação é necessário:

- Investir em sistemas de monitorização eficazes, que permitam reportar e categorizar as reacções adversas deste tipo de medicamentos (Eickhoff et al., 2012);
- Suprir a falta de documentação da prevalência e características das PRM relacionadas com a automedicação, de forma a facilitar a intervenção do farmacêutico e a promover a segurança do utente (Westerlund, Marklund, Handl, Thunberg, & Allebeck, 2001);
- Conferir sempre o autodiagnóstico, assim como a automedicação, pois o utente muitas vezes se baseia em informações recolhidas a partir de fontes pouco fiáveis nomeadamente, internet, publicidade, opinião dos amigos e familiares (Hibbert, Bissell & Ward, 2002; Galbally, 2000).
- Ajudar o doente a racionalizar a automedicação e a procurar ajuda do especialista quando necessário (Hughes et al., 2001).

Em suma, os riscos e benefícios da automedicação apresentam-se descritos resumidamente na Tabela 5, na óptica dos vários intervenientes no processo (Hughes et al., 2001).

Intervenientes	Benefícios	Riscos
Industria farmacêutica	Aumento de vendas através do acesso facilitado Protecção contra a concorrência dos genéricos	
Farmacêutico	<p>Maior envolvimento com os utentes</p> <p>Reforço do papel do profissional</p>	
Médicos	Redução do número de consultas	
Governo	Restrição dos gastos com a saúde	
Utente	Empoderamento e responsabilidade pela sua saúde	<p>Uso inadequado do medicamento</p> <p>Atraso no tratamento de uma condição médica grave</p> <p>Polimedicação</p> <p>Interacções medicamentosas</p> <p>Neutralização da relação médico-paciente</p>

Tabela 5 - Benefícios e riscos da automedicação

1.2 Objectivos

Na secção “Enquadramento” discutiu-se a automedicação, o papel do farmacêutico na automedicação, bem como os riscos e benefícios desta prática.

Uma questão pertinente é se o atendimento de situações de automedicação em farmácia comunitária está conforme com as orientações profissionais e boa prática. Brata e colaboradores (Brata et al., 2013; Brata, Gudka, Schneider & Clifford, 2014) realizaram duas revisões sobre este tópico. Ambos os estudos de revisão analisaram a automedicação em países em vias de desenvolvimento. O primeiro estudo centrou-se na recolha de informação quando os utentes recorriam à automedicação na farmácia comunitária; concluiu-se que a recolha de informação variou de 18% a 97%. A informação relativa aos sinais/sintomas e identidade do doente foram recolhidas mais frequentemente que outros aspectos, como medicamentos e comorbilidades. A segunda revisão (Brata et al., 2014) centrou-se no aconselhamento em situações de automedicação. A frequência da prestação de aconselhamento variou amplamente entre 0% e 96%, com a maioria dos estudos a relatar que o aconselhamento fornecido foi considerado inadequado.

Publicações internacionais têm sugerido melhorias no atendimento em MNSRM nas farmácias (Higgins & Hattingh, 2013; Alte, Weitschies & Ritter, 2007; Watson, Cleland & Bond, 2009; Berger, Eickhoff & Schulz, 2005; Horvat, Koder & Kos, 2012; Negru, Cristea & Petculescu, 2012; Schneider et al., 2011; Norris, 2002). Por exemplo, no estudo de Mesquita, os autores constataram que o atendimento de MNSRM foi efectuado em média, em menos de 1.5 minutos, desde a chegada ao balcão até à saída do utente mistério da farmácia. Foi feita pelo menos uma pergunta para avaliar sinais e sintomas em metade dos atendimentos realizados (50% dos atendimentos de dor de cabeça e em 56% dos atendimentos de diarreia infantil). Durante o aconselhamento, nenhum farmacêutico aconselhou sobre possíveis interacções medicamentosas e reacções adversas. A avaliação do aconselhamento prestado pelos farmacêuticos foi classificada como insuficiente. Foi apontado baixa capacidade de comunicação, incluindo a não-verbal, nomeadamente contacto visual, interesse e envolvimento, comprometendo o sucesso do tratamento dos doentes (Mesquita, Sá, Santos, Neto & Jr., 2013). Conforme já foi referido anteriormente, o processo de consulta da automedicação

em farmácias comunitárias inclui duas etapas: avaliação inicial do utente e aconselhamento do tratamento a efectuar (Blenkinsopp, Paxton, & Blenkinsopp, 2013; Rantucci, 2007). O tratamento pode englobar o fornecimento do medicamento conjuntamente com informações para a sua correcta utilização, medidas não farmacológicas ou o encaminhamento para uma consulta com um especialista (Blenkinsopp, et al., 2013; BFP, 2001).

Os estudos incluídos nos trabalhos de Brata et al. (2013;2014) e Mesquita et al. (2013) utilizaram doentes simulados para medição do desempenho dos colaboradores das farmácias. Um doente simulado é um indivíduo treinado para interpretar um determinado cenário, em contexto clínico. O doente simulado, também conhecido como pseudo-utente, utente padronizado ou cliente mistério, são indivíduos de identidade desconhecida para o pessoal da farmácia (Berger et al., 2005). Este método permite avaliar o tipo de aconselhamento farmacêutico, a qualidade do aconselhamento, os conhecimentos que o farmacêutico detém em determinada situação ou contexto assim como permite avaliar o desempenho do farmacêutico em termos de atitude, postura e comunicação não-verbal (Berger et al., 2005). No final da actuação, poderá haver um feedback da prestação do farmacêutico por parte do investigador, enfatizando os aspectos positivos e negativos da prestação, permitindo assim uma aprendizagem mais enriquecedora e esclarecedora para o farmacêutico.

Não parece existir uma revisão sobre o desempenho dos profissionais de farmácia em contexto de automedicação em países desenvolvidos, com base em dados recolhidos através de doentes simulados. Assim, o presente trabalho teve como objectivo proceder a uma revisão da literatura sobre o desempenho dos profissionais de farmácia no atendimento a MNSRM, em países desenvolvidos, com base nesta metodologia.

2 Desenvolvimento

2.1 Métodos

A pesquisa de artigos sobre desempenho dos profissionais de farmácia em contexto de automedicação foi efectuada no PUBMED, MEDLINE e Google Scholar, utilizando combinações e iterações das seguintes palavras-chave:

- “pseudo-patient”/ “standardized patient”/ “mystery shopper”/ e “community pharmacy”/ “pharmacy”/ “pharmacy staff”;
- “over the counter drugs (OTC)”/ “self medication”/ “non prescribed drugs”;
- “advice giving”/ “pharmacy counselling”/ “counselling”.

Os resultados da pesquisa foram limitados a artigos publicados em inglês, e entre 2000 a 2014. Seleccionaram-se os artigos com base na informação reportada nos resumos. Artigos adicionais foram pesquisados através da bibliografia dos artigos incluídos. Pesquisou-se também trabalhos anteriores de alguns autores que publicaram sobre a matéria.

A triagem dos artigos obtidos da pesquisa foi efectuada em duas etapas. A primeira etapa consistiu na aplicação dos três critérios de inclusão cumulativos:

- Artigos sobre atendimento em automedicação ou MNSRM em farmácias comunitárias;
- Uso da metodologia do doente simulado;
- Estudo realizado num país desenvolvido.

Os estudos que atenderam os critérios de inclusão foram revistos. Foram excluídos artigos duplicados, artigos realizados em países em desenvolvimento, artigos de revisão, artigos não publicados em inglês ou publicados antes de 2000. Um total de 15 artigos atendeu os critérios de inclusão (Figura 2).

A pesquisa descrita na Figura 2 deu origem a 2115 artigos. Depois de efectuada uma primeira triagem dos artigos, por título e resumo, obteve-se um total de 67 artigos. Após

uma análise mais detalhada, dos 67 artigos pesquisados só 34 corresponderam aos critérios de inclusão do trabalho. Após a eliminação de artigos duplicados e pesquisa de outros trabalhos referidos nos artigos encontrados do mesmo autor ou de outros, um total de 15 artigos corresponderam aos critérios e objectivos do trabalho.

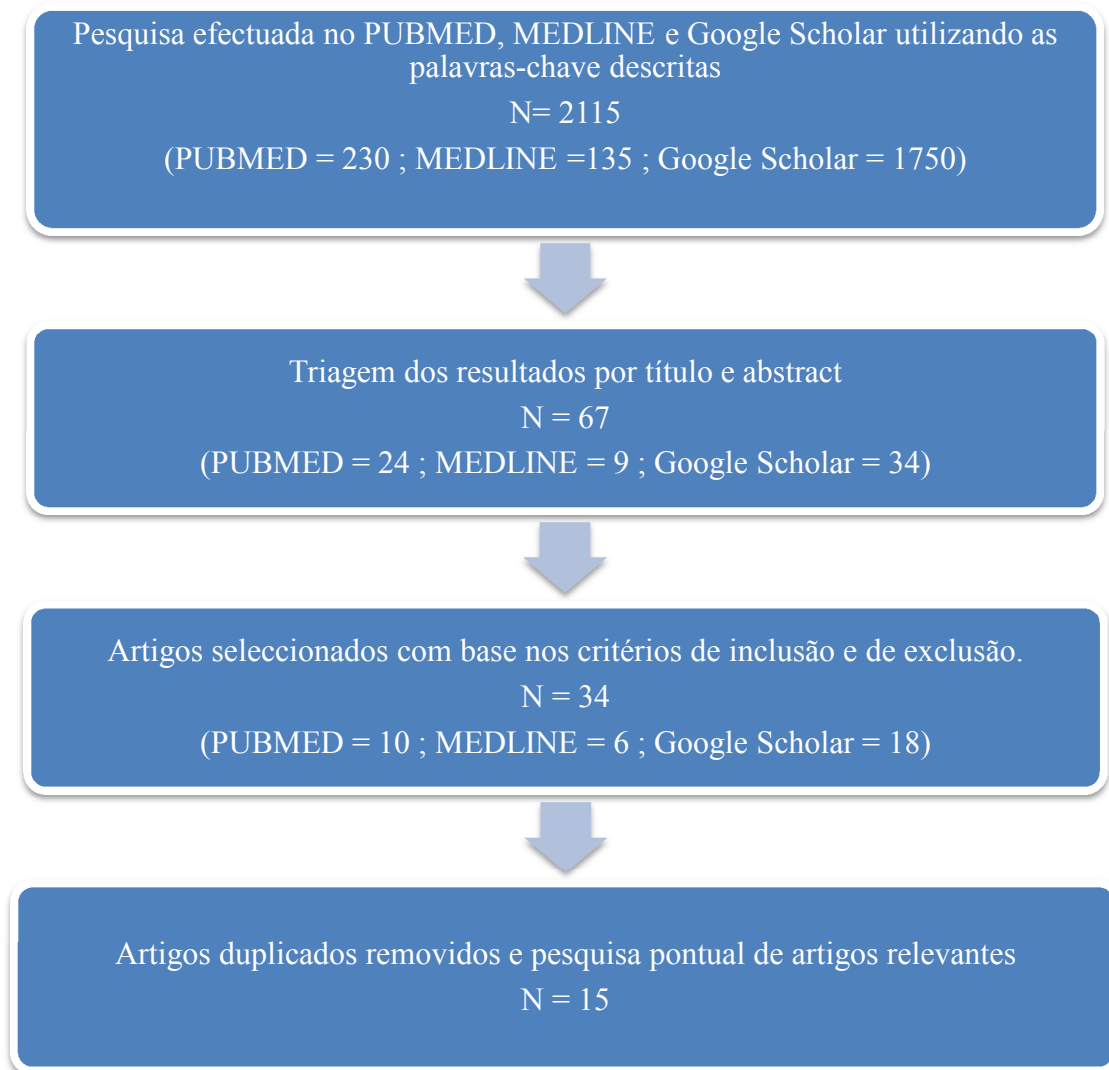


Figura 2 – Fluxograma representativo da pesquisa de artigos efectuado para o trabalho.

Devido às particularidades da contracepção de emergência (CE) o tratamento de dados foi distinto, não sendo possível enquadrar os mesmos parâmetros quer ao nível dos critérios de avaliação inicial quer de aconselhamento, em relação aos outros cenários de automedicação. Como tal, a elaboração das tabelas e dos gráficos foi executada separadamente dos restantes cenários. Os parâmetros reportados tiveram em consideração o que vinha descrito nos estudos e não se baseou em nenhuma norma

nacional ou internacional em particular. Os restantes cenários tiveram como base na recolha de informação inicial o acrónimo WHAM.

Em estudos com feedback sobre a prestação dos profissionais de farmácia após a visita do doente simulado, foram apenas considerados os dados antes da intervenção.

2.2 Resultados

Os estudos incluídos englobaram vários países desenvolvidos como Alemanha (dois estudos), Roménia (um estudo), Escócia (um estudo), Inglaterra (um estudo), Austrália (seis estudos), Eslovénia (um estudo), Nova Zelândia (um estudo) e Reino Unido (dois estudos) (Tabela 6, Tabela 7, Tabela 8 e Tabela 9).

Conforme descrito nas Tabelas 6 a 9, foram considerados 30 cenários que envolveram o método do doente simulado na análise do atendimento na venda de MNSRM em farmácias comunitárias. Destes 30 cenários, 23 retrataram pedidos directos de MNSRM e sete retrataram situações em que o doente simulado apresentava uma queixa (ex.: dor de cabeça). No entanto, devido às características inerentes do estudo de intervenção de Watson et al. (2009), só se considerou os dados da primeira visita. Como os autores reportaram em conjunto os resultados dos três cenários, o número total de cenários analisados na etapa de avaliação inicial é de 28.

Houve um maior número de estudos que só incluíram cenários de pedido directo de MNSRM (oitos estudos) que pedidos baseados em queixas (três estudos) do doente simulado. Somente quatro estudos retrataram ambos os cenários na metodologia do doente simulado (Tabela 6, Tabela 7, Tabela 8 e Tabela 9).

Foram solicitados vários MNSRM nos cenários de pedido directo, desde CE (sete cenários), AINE/ paracetamol/ anti-histamínicos (sete cenários), anti-fungicos vaginais (três cenários), passando pelos protectores da mucosa gástrica/ anti-ácidos (três cenários), medicação para gripe e contipações (dois cenários) e vitaminas/suplementos alimentares (um cenário). Destes pedidos directos, dois cenários envolveram interações medicamentosas. As interações identificadas consistiam na toma da pílula contraceptiva com a planta de hipericão (Weiss, Booth, Jones, Ramjeet & Wong, 2010)

e na toma de dois anti-histamínicos sedativos com o mesmo princípio activo (Alte et al., 2007).

As queixas retratadas nos cenários foram cefaleias (três cenários), indigestão (um cenário), insónia aguda (um cenário), xeroftalmia (um cenário) e constipação (um cenário).

A amostragem dos estudos variou entre 10 a 1527 farmácias comunitárias, apresentando em média, 171 farmácias por estudo.

A amostragem variou de probabilística a não probabilística, aleatória simples (nove estudos), cluster (dois estudos) a não probabilística, de conveniência (três estudos).

Oito autores reportaram que as farmácias tiveram conhecimento do estudo, e portanto, sabiam da visita do utente mistério (Norris, 2002; Anderson & Bissell, 2004; Berger et al., 2005; Alte et al., 2007; Watson et al., 2009; Weiss et al., 2010; Horvat et al., 2012; Higgins & Hattingh, 2013). Destes oito estudos, dois reportaram que apesar terem conhecimento do estudo e da sua metodologia, não sabiam onde ou quando este decorria (Norris, 2002; Watson et al., 2009). Três estudos recorreram à metodologia do utente mistério sem o conhecimento das farmácias (Queddeng, Chaar & Williams, 2011; Schneider, Emery, Brostek & Clifford, 2013; Bilkhu, Wolffsohn, Tang & Naroo, 2014). Quatro estudos não reportaram qualquer dado sobre o assunto (Kelly, Williams & Benrimoj, 2009; Kippist, Wong, Bartlett & Saini, 2011; Schneider et al., 2011; Negru et al., 2012).

A recolha de dados foi predominante escrita, através do preenchimento de um formulário pelo doente simulado após a visita à farmácia. Nove estudos optaram por esta via de recolha de dados (Weiss et al., 2010; Queddeng et al., 2011; Schneider et al., 2013; Schneider et al., 2011; Kippist et al., 2011; Alte et al., 2007; Berger et al., 2005; Negru et al., 2012; Bilkhu et al., 2014). Cinco estudos optaram pela recolha de informação pelas duas vias, escrita e gravada (Higgins & Hattingh, 2013; Kelly et al., 2009; Norris, 2002; Horvat et al., 2012 e Watson et al., 2009). Um estudo optaram pela gravação do aconselhamento durante a visita (Anderson & Bissell, 2004).

Relativamente à avaliação inicial/recolha de informação constatou-se que nove dos 15 artigos não classificaram o desempenho do farmacêutico, face aos seis artigos que o

fizeram. No que concerne ao aconselhamento, oito artigos classificaram o desempenho dos profissionais de farmácia face aos cinco artigos que não fizeram. Nesta etapa só 13 artigos foram considerados. Os dois artigos em falta não consideraram o aconselhamento farmacêutico (Watson et al., 2009) ou este não correspondia com os objectivos do trabalho (Higgins et al., 2013). Destes 13 artigos somente nove classificaram o aconselhamento. Os artigos Anderson et al. (2004), Kelly et al. (2009), Schneider et al. (2013) e Schneider et al. (2011) não avaliaram o aconselhamento prestado pelo farmacêutico. De frisar que no estudo de Kelly et al. (2009) não foi avaliado nenhum parâmetro do aconselhamento a não ser se durante o atendimento o farmacêutico transmitia apenas informação oral e escrita e não especificaram o conteúdo da mesma. No artigo de Schneider et al. (2013), os autores só focaram se o farmacêutico encaminhava o utente para o médico e se este fornecia ou não o MNSRM pedido pelo utente mistério, apesar de este ser inadequado para o caso clínico apresentado.

A Figura 3 apresenta a proporção de critérios reportados na etapa da avaliação inicial, referentes aos cenários de pedido directo e queixa em contexto de automedicação, exceptuando nos cenários de CE.

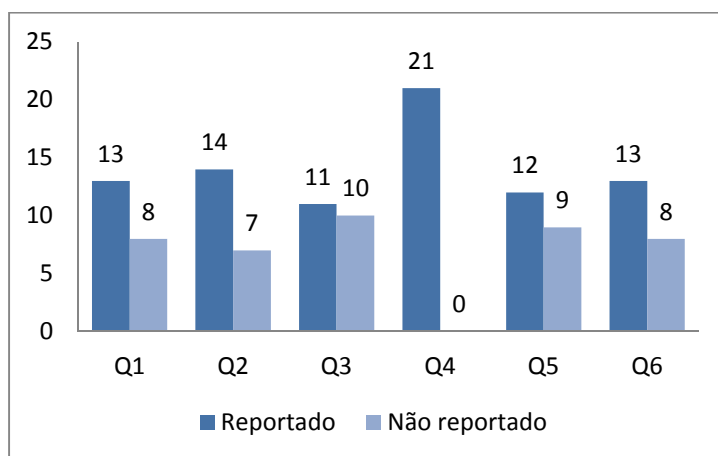


Figura 3 - Critérios analisados na etapa avaliação inicial. N° cenários = 21. **Q1** – Sinais e sintomas; **Q2** – Quem é o doente; **Q3** – Acções tomadas; **Q4** – Outra medicação; **Q5** – Problemas de saúde; **Q6** – Outros.

Analisando a Figura 3, é possível constatar que os critérios mais utilizados nos estudos foram “outra medicação” (21 cenários), “quem é o doente” (14 cenários), “sinais e sintomas” (13 cenários), “outros” (13 cenários) e “problemas de saúde” (12 cenários).

De uma forma geral, os critérios reportados superaram os critérios não reportados (Figura 3).

A Figura 4 apresenta a proporção de critérios reportados na etapa aconselhamento, referentes aos mesmos cenários de pedido directo e queixa em contexto de automedicação da Figura 3.

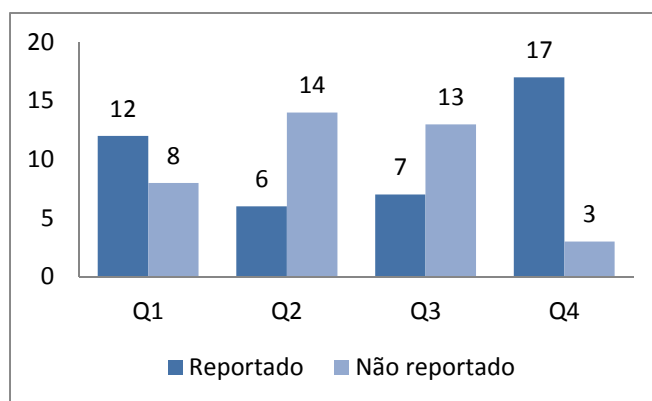


Figura 4 - Critérios analisados na etapa aconselhamento. N° cenários = 20. **Q1**- Dose; **Q2** – Duração do tratamento; **Q3** – Encaminhar para médico; **Q4** – Outros.

Analisando o aconselhamento prestado (Figura 4), é possível averiguar que os critérios “outros” (17 cenários) e “dose” (12 cenários) foram reportados mais vezes nos estudos. Os critérios que mais falharam no aconselhamento foram “duração do tratamento” (14 cenários) e “encaminhar para médico” (13 cenários).

A Figura 5 apresenta os de critérios reportados na etapa da avaliação inicial, referentes aos cenários de pedido directo na CE. É possível constatar que o critério “outra medicação” foi o mais reportado nos estudos (sete cenários), seguido dos critérios “problemas de saúde” (seis cenários) e “outros” (seis cenários). Por “outros” subentendeu-se toma anterior de CE; alergia ao princípio activo ou excipientes; gravidez ou amamentação; método de contracepção utilizado; idade; marca da pílula contraceptiva e ciclo menstrual regular.

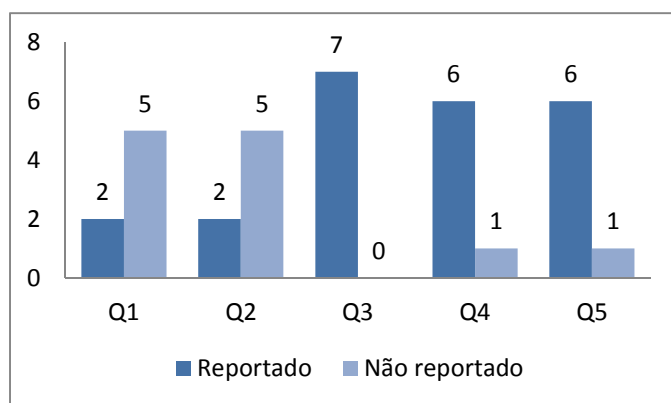


Figura 5 - Critérios analisados na etapa avaliação inicial na CE. N° cenários = 7. **Q1** – Tempo desde a relação sexual / sexo desprotegido dentro de 72h; **Q2** – Data do último ciclo menstrual; **Q3** – Outra medicação; **Q4** – Problemas de saúde; **Q5** – Outros.

A Figura 6 apresenta os critérios reportados na etapa aconselhamento, referentes aos mesmos cenários de pedido directo na CE.

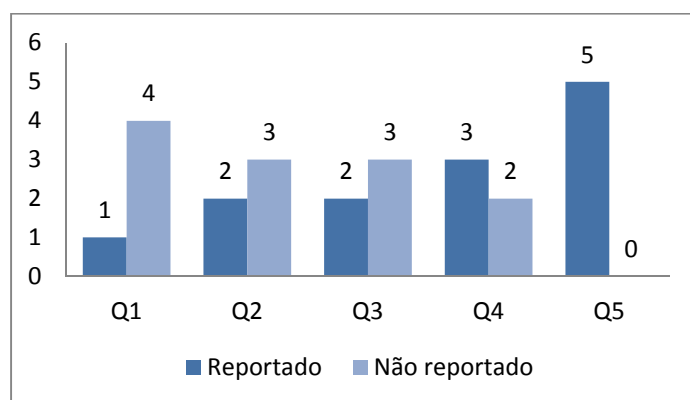


Figura 6 - Critérios analisados na etapa aconselhamento na CE. N° cenários = 5. **Q1** – Quando tomar; **Q2** – O que fazer se vomitar; **Q3** – Efeitos adversos; **Q4** – Encaminhar para o médico; **Q5** – Outros.

Os critérios “outros” e “encaminhar para médico” foram os mais reportados. No entanto, critérios como “quando tomar”, “o que fazer se vomitar” e “efeitos adversos” não estiveram incluídos na maioria dos estudos (Figura 6).

O desempenho dos profissionais de farmácia na avaliação inicial foi apenas avaliado em 13 dos 28 cenários. Quatro cenários procederam a uma classificação qualitativa (Queddeng et al., 2011; Schneider et al., 2011; Higgins et al., 2013) e nove cenários procederam à pontuação do desempenho dos profissionais através de uma atribuição numérica ou percentual (Kelly et al., 2009; Watson et al., 2009; Weiss et al., 2010; Kippist et al., 2011). A classificação qualitativa variou de fraco a satisfatório. A

pontuação percentual variou entre os 57% e os 74% nos cenários de CE, e 57.1 a 71.4% nos restantes cenários.

Relativamente ao aconselhamento, este foi avaliado em 16 cenários de um total de 25 cenários. Três cenários procederam a uma classificação qualitativa (Norris, 2002; Queddeng et al., 2011), que variou de inadequado a parcial, e 13 cenários pontuaram o desempenho dos profissionais.

Autor (ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/ Pontuação	Types of information reported						
					Sinais e sintomas	Quem é o doente	Acções tomadas	Outra medicação	História médica	Outros	Recolha de dados
Alte et al. (2007)	Alemanha	Aleatória Nº farmácias = 149 ¹ Nº visitas = 292; 2 visitas por farmácia	Queixa: dor de cabeça Nº farmácias/visitas = 146	N/R ²	Sim (47.9%)	N/R	Sim (2.1%)	Sim (24.7%)	Sim (37.0%)	“Alérgico a algum medicamento?” (9.6%) “Está grávida/ amamentar?” (1.4%)	Escrita
			PD ³ : medicamento antialérgico (Fenistil) e indutor do sono (Hoggart) com o mesmo PA ⁴ Nº farmácias/visitas =146	N/R	N/R	Sim (37.2%)	N/R	Sim (3.4%)	N/R	N/R	
Negru et al. (2012)	Roménia	Conveniência Nº farmácias = 70 Nº visitas = 241	PD: Vitaminas e suplementos Nº farmácias = N/R Nº visitas = 49	N/R	N/R	N/R	N/R	Sim ⁵ (6.1%)	Sim ⁵ (6.1%)	N/R	
			PD: MNSRM para tosse/constipação Nº Farmácias= N/R Nº visitas = 177	N/R	N/R	N/R	N/R	Sim ⁵ (13.0%)	Sim ⁵ (13.0%)	N/R	
			PD: MNSRM para problemas G.I. Nº farmácias = N/R Nº visitas =15	N/R	N/R	N/R	N/R	Sim ⁵ (6.7%)	Sim ⁵ (6.7%)	N/R	

Tabela 6 – Resultados referentes aos critérios de avaliação inicial no atendimento em MNSRM.

¹ Devido ao encerramento de 3 farmácias e a não localização de outras 3, apenas 146 farmácias foram visitadas com 2 cenários.

² Não reportado (N/R)

³ Pedido directo (PD)

⁴ Princípio activo (PA)

⁵ Os autores reportaram ambos os critérios em conjunto

Autor (ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/ Pontuação	Critérios reportados						
					Sinais e sintomas	Quem é o doente	Ações tomadas	Outra medicação	História médica	Outros	Recolha de dados
Watson et al. (2009)	Escócia	Estudo randomizado e controlado Nº Farmácias = 20 Nº visitas = 20 ⁶ ;	PD: Ibuprofeno Nº farmácias = 10 Nº visitas = 10	Score: 0 (Max. 4 ⁷)	Sim (N/R)	Sim (N/R)	Sim (N/R)	Sim (N/R)	N/R	“Duração dos sintomas?” (N/R)	Gravado/ Escrito
			Queixa: Indigestão Nº farmácias = 5 Nº visitas = 5	Score: 1 (Max.: 4 ⁷)							
			PD: Omeprazol Nº farmácias = 5 Nº visitas = 5	Score: 0 (Max.: 4 ⁷)							
Berger et al. (2005)	Alemanha	Aleatório Nº farmácias = 49 Nº visitas = 50 ⁸	Queixa: dor de cabeça Nº visitas/farmácias =20	N/R	Sim (70%)	Sim (30%; 60% ⁹)	Sim (50%)	Sim (5%)	N/R	Asma (20%) Problemas gástricos (60%)	Escrita
			PD: 120 pastilhas Rennie (anti-ácido) Nº visitas/farmácias =30	N/R	Sim (23%)	Sim (7% 87% ⁹)	Sim (3%)	Sim (3%)	N/R	Quando ocorreram os sintomas? (13%) Outro sintoma ou problema de saúde? (7%) Já foi ao médico? (17%)	

(continuação)

⁶ Apenas se considerou a 1ª visita de cada cenário.

⁷ Visitas que obtiveram score = 4 atingiram os padrões mínimos para o cenário.

⁸ Uma farmácia foi visitada 2 vezes devido ao reconhecimento do doente simulado numa das visitas.

⁹ Por acaso

Autor (Ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação / Pontuação	Critérios reportados						
					Sinais e sintomas	Quem é o doente	Acções tomadas	Outra medicação	História médica	Outros	Recolha de dados
Horvat et al. (2012)	Eslovénia	Conveniência Nº farmácias = 17 Nº visitas = 57 3 visitas por farmácia	PD: Lekadol (paracetamol) ¹⁰ Nº farmácias/ visitas = N/R	N/R	N/R	Sim (12%)	Sim (0%)	Sim (0%)	N/R	Quando ocorreu/ qual a duração/ quantas vezes ocorre a dor de cabeça? (6%)	Gravado/ Escrito
			PD: Lekadol (paracetamol) ¹¹ Nº farmácias/ visitas = N/R	N/R	N/R	Sim (29%)	Sim (0%)	Sim (0%)	N/R	Outros sintomas? (6%)	
			Queixa: dor de cabeça de curta duração Nº farmácias/ visitas = N/R	N/R	N/R	Sim (82%)	Sim (71%)	Sim (0%)	N/R	Qual a intensidade da dor/ Já experienciou essa dor antes? (41%)	
Schneid er et al. (2013)	Austrália	Estudo randomizado controlado Nº farmácias = 100 Nº visitas = N/R	PD: Diflucan (fluconazol) Nº farmácias = 50 Nº visitas = N/R	N/R	Sim (14%)	Sim (30%)	N/R	Sim (44%)	N/R	“É interno?” (2%) “Está grávida/ amamentar?” (22%) “Tomou antibióticos recentemente?” (16%)	Escrita
			PD: Canesten (clotrimazole) Nº farmácias = 50 Nº visitas = N/R	N/R	Sim (30%)	Sim (32%)	N/R	Sim (28%)	N/R	“É interno?” (20%) Está grávida/ amamentar? (10%) “Tomou antibióticos recentemente?” (26%)	

(continuação)

¹⁰ Dor de cabeça de curta duração¹¹ Dor de cabeça de longa duração

Autor (Ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/ Pontuação (média + D.P. ¹²)	Critérios reportados						
					Sinais e sintomas	Quem é o doente	Acções tomadas	Outra medicaçã o	História médica	Outros	Recolha de dados
Schneider et al. (2011)	Austrália	Aleatório Nº farmácias = 156 ¹³ Nº visitas = N/R	Queixa: Tosse ¹⁴ Nº farmácias = 155 Nº visitas = N/R	Avaliação adequada foi crítica Score: N/R	Sim (96%)	Sim (76%)	N/R	Sim (68%)	Sim (28%)	N/R	Escrito
Kippist et al. (2011)		Aleatório Nº farmácias =100 Nº visitas = N/R	Queixa: Insónia Nº farmácias = 100 Nº visitas = N/R	Abaixo do expectável Score: 3.6 ± 1.9 (Max.:8)	Sim (47%)	Sim (67%)	Sim (78%)	Sim (61%)	Sim (44%)	Gravidez/ amamentação (8%) Alergias (5%)	
Kelly et al. (2009)		Estudo nacional Nº farmácias =1527 ¹⁵ Nº visitas = N/R	PD: MNSRM para gripe /constipações Nº farmácias = 268 Nº visitas = N/R	Score: 57.1%	Sim (29.49%)	Sim (62.70%)	Sim (15.13%)	Sim ¹⁶ (58.10 %)	Sim ¹⁶ (58.10 %)	N/R	Gravado/ Escrito
			PD: Ibuprofeno Nº farmácias = 281 Nº visitas = N/R	Score: 71.4%	Sim (32.34%)	Sim (63.75%)	Sim (26.05%)	Sim ¹⁶ (57.14%)	Sim ¹⁶ (57.14%)	N/R	
			PD: combinação analgésica ¹⁷ Nº farmácias = 235 Nº visitas = N/R	Score: 71.4%	Sim (43.41%)	Sim (86.97%)	Sim (28.91%)	Sim ¹⁶ (29.18%)	Sim ¹⁶ (29.18%)	N/R	

¹² Desvio padrão (D.P.)

¹³ Uma visita foi removida da análise visto que o doente simulado foi reconhecido pelo farmacêutico.

¹⁴ Asma mal controlada confundida por tosse

¹⁵ Os dados em falta devem-se às farmácia retiradas do projecto devido à não-adesão ao protocolo de pesquisa.

¹⁶ Os autores reportaram ambos os critérios em conjunto

¹⁷ Paracetamol, codeína e doxilamina

Autor (Ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/ Pontuação	Critérios reportados						
					Sinais e sintomas	Quem é o doente	Acções tomadas	Outra medicaçã o	História médica	Outros	Recolha de dados
Norris (2002)	Nova Zelândia	Cluster RCT Nº farmácias = 180 Nº visitas = 360 2 visitas por farmácia	PD: Diclofenac 25 mg Nº farmácias = N/R Nº visitas = 240 ¹⁸	N/R	N/R	N/R	N/R	Sim (20%)	Sim (28.8%)	Asma (65.4%) Problemas gástricos (74.6%) Uso anterior de anti- inflamatórios (42.1%)	Gravado /Escrito
			PD: Antifúngico vaginal Nº farmácias = N/R Nº visitas = 120	N/R	Sim (N/R)	N/R	N/R	Sim (8.2%)	Sim (15.0%)	Já teve anteriormente? (68.3%) Inf. Vaginal frequente (39.2%) Duração dos sintomas (25%) Gravidez (10% ¹⁹)	
Bilkhu et al. (2014)	Reino Unido	Aleatório Nº farmácias = 50 Nº visitas = N/R	Queixa: olho seco	N/R	Sim (N/R)	N/R	N/R	Sim (7%)	Sim (12%)	Duração dos sintomas (56%)	Escrito

(continuação)

¹⁸ Numa visita o doente simulado acidentalmente revelou toma anterior de diclofenac. O doente não foi informado sobre contra-indicações.¹⁹ Nº visitas = 60, visto que metade das doentes tinha mais de 60 anos

Autor (Ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/ Pontuação (média + D.P.)	Critérios reportados					
					Dose	Duração do tratamen to	Referir médico	Outros	Resultado esperado	Recolh a de dados
Alte et al. (2007)	Alemanha	Aleatória Nº farmácias = 149 Nº visitas = 292 2 visitas por farmácia	Queixa: dor de cabeça Nº farmácias/visitas = 146	Score: 13.8 ± 9.6 ²⁰	Sim (56.2%)	Sim (8.9%)	Sim (2.1%)	Outros conselhos/ via de administração (50%)	Aconselhamento espontâneo sem ser por indicação do doente	Escrito
			PD: MNSRM antialérgico e indutor do sono com o mesmo PA Nº farmácias/visitas =146	Score: 13.8 ± 9.6 ²⁰	Sim (50.3%) ²¹	Sim (50.3%) ₂₁	N/R	Não beber álcool durante o tratamento (9.7%) Sonolência/ reacções/ reflexos mais lentos (33.8%)	Deteção da interacção medicamentosa	
Negru et al. (2012)	Roménia	Conveniência Nº farmácias = 70 Nº Visitas = 241	PD: Vitaminas e suplementos Nº farmácias = N/R Nº visitas = 49	Globalmente o aconselhamen to não ultrapassou 34,0% Score: 1.17 ± 0.9 (Max.:5)	Sim ²² (30.6%)	N/R	N/R	Precauções e contra- indicações (14.3%) Efeitos secundários/ reacções adversas (2.0%)	N/R	
			PD: MNSRM para tosse/constipação Nº farmácias = N/R Nº visitas = 177		Sim ²² (36.7%)	N/R	N/R	Precauções e contra- indicações (37.3%) Efeitos secundários/ reacções adversas (14.1%)		
			PD: MNSRM para problemas G.I Nº farmácias = N/R Nº visitas =15		Sim ²² (13.3%)	N/R	N/R	Precauções e contra indicações (6.7%) Efeitos secundários/ reacções adversas (0%)		

Tabela 7 - Resultados referentes aos critérios de aconselhamento no atendimento em MNSRM.

²⁰ A pontuação foi somada para ambos os cenários.

²¹ Os autores reportaram ambos os parâmetros em conjunto

²² Os autores reportaram os critérios “via de administração” e “dose” em conjunto.

Autor (Ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/ Pontuação (media \pm D.P)	Critérios reportados					
					Dose	Duração do tratamento	Referir médico	Outros	Resultado esperado	Recolha de dados
Berger et al. (2005)	Alemanha	Aleatório Nº farmácias = 49 Nº visitas = 50	Queixa: dor de cabeça Nº farmácias/ visitas =20	Score: 2.25 ²³ \pm 0.94	Sim (40%)	Sim (30%)	N/R	Medidas não farmacológicas (20%) Via de administração (50%)	Depois de verificado as contra- indicações, pode ser indicado um analgésico	Escrito
			PD: 120 pastilhas Rennie (anti- ácido) Nº farmácias/ visitas =30	Score: 2.92 ²³ \pm 1.15	Sim (3%)	Sim (43%)	Sim (90%)	Reacções adversas (30%) Via de administração (3%) Medidas não farmacológicas (33%) Estilo de vida (30%)	Encaminhar para médico o mais urgente possível. Não indicar nenhum medicamento.	
Horvat et al. (2012)	Eslovénia	Conveniência Nº farmácias = 17 Nº visitas = 51;	PD: Lekadol (paracetamol) Nº farmácias/visi- tas = 17	Score: ²⁴ 1.64 \pm 0.50	Sim (71%)	N/R	N/R	Interacções (12%) Efeitos adversos (47%) Hepatotoxicidade (41%)	Dispensa do analgésico	Gravado
			PD: Lekadol (paracetamol) Nº farmácias/ visitas= 17	Score: ²⁴ 0.67 \pm 0.38	N/R	N/R	N/R	Interacções com álcool/ hepatotoxicidade (24%)	Encaminhar o doente para o médico sem dispensar qualquer analgésico	
			Queixa: dor de cabeça de curta duração Nº farmácias/visi- tas = 17	Score: ²⁴ 2.17 \pm 0.39	Yes (53%)	N/R	N/R	Interacções (6%) Efeitos adversos (53%) Hepatotoxicidade (12%)	Dispensa do analgésico	

(continuação)

²³ 1 = Muito bom; 2 = Bom; 3 = Satisfatório; 4 = Suficiente; 5 = Fraco; 6 = Insuficiente²⁴ Pontuação máxima = 4

Autor (Ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/ Pontuação	Critérios reportados					
					Dose	Duração do tratamento	Referir médico	Outros	Resultados esperados	Recolha de dados
Schneider et al. (2013)	Austrália	Estudo randomizado controlado Nº farmácias = 100 Nº visitas = N/R	PD: Diflucan (fluconazol) Nº farmácias = 50 Nº visitas = N/R	N/R	N/R	N/R	Sim (10% ²⁵ ; 32% ²⁶)	N/R	Identificar os sintomas do doente como inconsistente com candidíase vaginal. Encaminhar o doente para o médico	Escrito
			Product request: Canesten (clotrimazol) Nº farmácias = 50 Nº visitas = N/R	N/R	N/R	N/R	Sim (22% ²⁵ ; 40% ²⁶)	N/R		
Schneider et al. (2011)		Aleatório Nº farmácias = 156 Nº visitas = N/R	Queixa: tosse Nº farmácias = 155 Nº visitas = N/R	N/R	N/R	N/R	Sim (24%)	N/R	Identificar o real problema do doente: asma mal controlada. Encaminhar o doente para o médico	
Kippist et al. (2011)		Aleatório Nº farmácias = 100 Nº visitas = N/R	Queixa: Insónia Nº farmácias = 96 ²⁷ Nº visitas = N/R	Aceitável Score: 3.1 ± 0.9 (Max.:4)	Sim (84%)	Sim (47%)	N/R	Efeitos adversos/ Interacções/ Precauções (67%)	Não dispensar o MNSRM	

(continuação)

²⁵ Referiu sem dispensa do MNSRM

²⁶ Referiu com dispensa do MNSRM

²⁷ Número de profissionais que forneceu aconselhamento adequado com fornecimento MNSRM; N° = 61 (produto convencional) e N° = 35 (fitoterapia)

Autor (Ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/ Pontuação (media \pm D.P)	Critérios reportados					
					Dose	Duração de tratamento	Referir médico	Outros	Resultados esperados	Recolha de dados
Kelly et al. (2009)	Austrália	Estudo nacional Nº farmácias = 1527 ²⁹ Nº visitas = N/R	PD: MNSRM para gripe /constipações Nº farmácias=268 Nº visitas = N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	Informação escrita (7.25%) Informação verbal (51.13%)	N/R	Gravado/Escrito
			PD: Ibuprofeno Nº farmácias =281 Nº visitas = N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	Informação escrita (4.58%) Informação verbal (64.85%)		
			PD: Combinação analgésica (paracetamol, codeína, doxilamina) Nº farmácias =235 Nº visitas = N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	Informação escrita (10.70%) Informação verbal (84.94%)		

(continuação)

²⁹ O doente simulado nem sempre completou o preenchimento do formulário, o que resultou na falta de dados para alguns cenários

Autor (Ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/ Pontuação	Critérios reportados					
					Dose	Duração do tratamento	Referir médico	Outros	Resultados esperados	Recolha de dados
Norris (2002)	Nova Zelândia	Cluster RCT Nº farmácias = 180 Nº visitas = 360	PD: diclofenac 25 mg Nº farmácias = N/R Nº visitas = 240 ³¹	Os farmacêuticos mostraram um conhecimento elevado Sobre efeitos adversos do diclofenac Aconselhamento prestado insuficiente	Sim (60.9%)	Sim (27.7%)	N/R	Ingerir com comida (67.2%) Outros avisos/ efeitos adversos G.I. (39.1%) O que fazer se não melhorar (23.1%)	N/R	Gravado/ Escrito
			PD: Antifúngico vaginal Nº farmácias = N/R Nº visitas = 120	Cerca de ¼ das visitas não incluiu nenhum aconselhamento. Outro ¼ das visitas aconselhou minimamente. Aconselhamento prestado insuficiente	N/R	N/R	Sim (34.2%)	Informação escrita (N/R) Presença de parceiro masculino/ possível tratamento do parceiro (N/R)		
Bilkhu et al. (2014)	Reino Unido	Aleatório Nº farmácias = 50 Nº visitas = N/R	Queixa: olho seco	N/R	Sim (11%)	N/R	Sim (15%)	Modo de administração (7%)	Confirmar diagnóstico de xerofthalmia. Indicar colírios e sprays lipofílicos para lubrificação ocular	Escrito

(continuação)

³¹ Numa visita o doente simulado acidentalmente revelou toma anterior de diclofenac. O doente não foi informado sobre contra-indicações.

Autor (Ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/ Pontuação	Critérios reportados					
					Tempo desde a relação sexual	Data do último ciclo menstrual	Outra medicação	Problemas de saúde	Outros	Recolha de dados
Weiss et al. (2010)	Inglaterra	Cluster Nº farmácias = 22 Nº visitas = 40	PD: COE ³² Nº farmácias = N/R Nº visitas = 21	A pontuação média obtida foi de 40/54 (74%) ³³	Sim (100%)	N/R	Sim (100%)	Sim (95.2%)	“Já alguma vez tomou Levonelle?” (76.2%) “É alérgica a Levonelle?” (57%)	Escrito
			PD: COE ³⁴ Nº farmácias = N/R Nº visitas = 19	A pontuação média obtida foi 26/46 (57%) ³³	N/R	N/R	Sim (100%)	N/R	N/R	
Queddeng et al. (2011)	Austrália	Aleatória Nº farmácias = 100 ³⁵ Nº visitas = N/R	PD: COE	Avaliação do doente que cumpriu todos os requisitos foi observada em 18% das visitas; avaliação parcial em 69%, e avaliação inadequada em 13% das visitas	Sim (78%)	N/R	Sim (56%)	Sim (36%)	“Possibilidade de estar grávida?” (31%) “Forma regular de contracepção” (21%) “Idade?” (18%)	

Tabela 8 - Resultados referentes aos critérios de avaliação inicial no atendimento na CE.

³² Contracepção oral de emergência (COE)

³³ Esta pontuação englobe quer a avaliação inicial quer o aconselhamento

³⁴ Interação medicamentosa com planta de hipericão

³⁵ A COE foi fornecida em 95 das 100 farmácias visitadas: 3 farmácias não tinham em stock e 2 farmácias não apresentaram qualquer justificação

Autor (Ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/Pontuação	Critérios reportados					
					Tempo desde a relação sexual	Data do último ciclo menstrual	Outra medicação	Problemas de saúde	Outros	Recolha de dados
Anderson et al. (2004)	Reino Unido	Aleatório Nº farmácias = 10 Nº visitas = 20 2 visitas por farmácia	PD: COE ³⁶ Nº farmácias = 10 Nº visitas = 10	N/R	N/R	Sim (100%)	Sim (100%)	Sim (90%)	Marca de pílula anticoncepcional oral utilizado (100%) Já tomou COE? (100%)	Gravado
			PD: COE Nº farmácias= 10 Nº visitas = 10	N/R	N/R	Sim (100%)	Sim (100%)	Sim (100%)	“A última menstruação foi normal?”(100%) Já tomou COE? (100%)	

(continuação)

³⁶ Falha na toma da pílula anticoncepcional devido à presença de vômitos

Autor (Ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/ Pontuação	Critérios reportados					
					Tempo desde a relação sexual	Data do último ciclo menstrual	Outra medicação	Problemas de saúde	Outros	Recolha de dados
Higgins et al. (2013)	Austrália	Conveniência Nº farmácias = 23 Nº visitas =N/R	PD: COE por um jovem de 18 anos Nº farmácias = 12 Nº visitas =N/R	2 farmácias obtiveram uma avaliação moderada, enquanto que as restantes 10 farmácias não obtiveram nenhuma avaliação ou esta foi insuficiente	N/R	N/R	Sim (N/R)	Sim (N/R)	Alergias (N/R)	Gravado/Escrito
			PD: COE por uma mulher de 30 anos Nº farmácias = 11 Nº visitas =N/R	6 farmácias obtiveram uma avaliação completa, 1 farmácia obteve uma avaliação moderada e 4 foram insuficientes	N/R	Sim (N/R)	Yes (N/R)	Yes (N/R)	Alergias (N/R) Amamentação (N/R)	

(continuação)

Autor (Ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/ Pontuação	Critérios reportados						
					Quando tomar	O que fazer se vomitar	Efeitos adversos	Referir a médico	Outros	Resultados esperados	Recolha de dados
Weiss et al. (2010)	Inglaterra	Cluster Nº farmácias = 22 Nº visitas = 40	PD: COE Nº farmácias = N/R Nº visitas = 21	A pontuação média obtida foi de 40/54 (74%) ³⁷	N/R	Sim (66.7%)	Sim (95%)	Sim (71.4%)	Informações sobre a opções de contracepção (33%) Informação sobre eficácia da COE (61.9%)	COE deve ser fornecida	Escrito
			PD: COE ³⁸ Nº farmácias = N/R Nº visitas = 19	A pontuação média obtida foi 26/46 (57%) ³⁷	N/R	N/R	N/R	Sim (63%)	Informação sobre DIU ³⁹ (63%)	COE não deve ser fornecida. Encaminhar para médico	
Queddeng et al. (2011)	Austrália	Aleatória Nº farmácias = 100 ⁴⁰ Nº visitas = N/R	PD: COE	O aconselhamento foi suficiente em 42% atendimentos, parcial em 55% e inadequada em 3% dos atendimentos	Sim (94%)	Sim (52%)	Sim (63%)	Sim (26%)	“Como tomar” (75%) “Aparecimento da próxima menstruação (40%) "Informação sobre contracepção regular"(22%)	COE deverá ser fornecida	

Tabela 9 - Resultados referentes aos critérios de aconselhamento no atendimento da CE.

³⁷ Esta pontuação englobe quer a avaliação quer o aconselhamento.

³⁸ Interação medicamentosa com planta de hiperício

³⁹ Dispositivo intra uterino (DIU)

⁴⁰ A COE foi fornecida em 95 das 100 farmácias visitadas: 3 farmácias não tinham em stock e 2 farmácias não apresentaram qualquer justificação

Autor (Ano)	País	Amostragem	Cenário	Avaliação/ Pontuação	Critérios reportados						
					Quando tomar	O que fazer se vomitar	Efeitos adversos	Referir a médico	Outros	Resultados esperados	Recolha de dados
Anderson et al. (2004)	Reino Unido	Aleatória Nº farmácia = 10 Nº visitas = 20	PD: COE ⁴¹ Nº farmácias = 10 Nº visitas = 10	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	Explicou o mecanismo de acção e a dose (80%) Métodos contraceptivos (60%) Informação sobre IST ⁴² (80%)	COE deve ser fornecida	Gravada
			PD: COE Nº farmácias = 10 Nº visitas = 10	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	Explicou o mecanismo de acção e a dose (100%) Métodos contraceptivos (70%) Informação sobre IST (70%)	COE deve ser fornecida	

(Continuação)

⁴¹ Falha na toma da pílula anticoncepcional devido à presença de vómitos⁴² Infecções sexualmente transmissíveis

3 Conclusão

Esta revisão teve como objectivo avaliar o desempenho do farmacêutico no aconselhamento a MNSRM, através da metodologia do utente simulado, nos 15 artigos pesquisados. O número de critérios reportados foi superior na avaliação inicial do atendimento que no aconselhamento. Esta análise também é válida para o cenário da CE. Os critérios mais reportados foram “outra medicação”, “quem é o paciente”, “sinais e sintomas” e “outros”. Relativamente ao aconselhamento os parâmetros mais reportados foram “outros” e “dosagem.” A classificação do desempenho dos profissionais quer na avaliação inicial, quer no aconselhamento, variou de fraco a bom.

Os resultados obtidos foram bastantes oscilatórios relativamente à classificação do desempenho dos profissionais de farmácia. Contudo, os vários estudos sugerem melhorias no atendimento em MNSRM nas farmácias comunitárias (Norris, 2002; Berger et al., 2005; Alte et al., 2007; Watson et al., 2009; Schneider et al., 2011; Horvat et al., 2012; Negru, et al., 2012; Higgins & Hattingh, 2013).

A comparação entre os resultados dos vários estudos deve ser feita com extrema cautela, pois as discrepâncias podem dever-se a múltiplos factores, como heterogeneidade dos resultados reportados e aos critérios adoptados por cada estudo. Por exemplo, nos estudos de Schneider et al. (2013), Kippist et al. (2011) e Weiss et al. (2010), a definição do aconselhamento adequado foi baseada na gestão global do cenário, em que o conselho foi considerado apropriada se o farmacêutico indicasse uma consulta com um especialista sem fornecer nenhum MNSRM. A própria classificação também não é comparável entre os diversos estudos, devido às características inerentes que cada autor considerou para avaliar o desempenho dos profissionais de farmácia.

Analizando os resultados do estudo de Brata et al. (2013), a recolha de informação em contexto de automedicação nos países em vias de desenvolvimento, variou entre 18 a 97%. Os critérios sobre sinais/sintomas e identificação do utente foram os mais reportados neste estudo e os menos reportados foram, acções tomadas, outra medicação e comorbilidades. Noutro estudo de Brata et al. (2014), o aconselhamento adequado variou de 0% a 96%, e a maioria dos cenários (83%), de um total de 64, teve um

percentual abaixo dos 50%. Os autores concluíram que, existem grandes variações no aconselhamento adequado e, apenas uma minoria prestou aconselhamento. Comparando aos resultados desta revisão, constata-se que, critérios como outra medicação e identidade do paciente foram os mais reportados, e que critérios como acções tomadas e história médica foram as menos reportadas, tal como aconteceu no estudo de Brata. Contudo, estes resultados podem reflectir o número elevado de cenários representados por produtos específicos. Dos 28 cenários apenas sete eram cenários baseados em queixas.

A literatura tem relatado sobre a diferença do desempenho dos profissionais de saúde, relativamente ao cenário pelo qual é confrontado. Por exemplo, nos estudos de Horvat et al. (2012) e Berger et al. (2005), os autores constataram uma diferença no aconselhamento em cenários de pedido directo e queixas. Nos pedidos de produtos directo o aconselhamento não é geralmente oferecido espontaneamente e as informações transmitidas são mínimas. No estudo de Berger, este constatou que apenas 40% dos atendimentos de produto directo foi oferecido aconselhamento espontâneo. No entanto, os autores consideraram alarmante a situação pois a automedicação era inapropriada no caso retratado. Mais de metade dos farmacêuticos não confirmaram o auto diagnóstico do utente, e as informações transmitidas no aconselhamento também foram classificadas como insuficientes. A literatura sugere como explicação para este fenómeno o facto de o farmacêutico focar-se no produto invés no utente e assumir erroneamente que, uma vez que o utente pede directamente um produto específico, este já saiba utilizá-lo. Assim, questionar o utente e facultar conselhos adicionais, os farmacêuticos julgam que assumem uma atitude paternalista e temem uma reacção negativa da parte do utente (Berger et al., 2005; Kelly et al., 2009).

Relativamente à contracepção de emergência, os parâmetros avaliados na recolha de informação, nos artigos pesquisados foram: “Tempo desde a relação sexual”, “Data do último ciclo menstrual”, “Outra medicação”, “Condições de saúde” e “Outros”. De acordo com as normas portuguesas para o atendimento farmacêutico na contracepção de emergência, a etapa de avaliação inicial passa por identificar a doente (se está a falar com a própria e qual a sua idade), identificar outros problemas de saúde e outros medicamentos que estejam a ser tomados. A segunda etapa passaria por analisar os critérios de inclusão e exclusão referentes à cedência da contracepção de emergência.

Os critérios de inclusão consistem em confirmar se a utente se encontra dentro do período de utilização (72 ou 120 horas); avaliar a causa e a fase do ciclo em que se encontra. Os critérios de exclusão passam por confirmar se a utente não está grávida; não é intolerante ao princípio activo ou excipientes; avaliar potenciais interações entre os medicamentos e confirmar se não tem problemas de saúde que inviabilizem a toma deste fármaco (Ordem dos Farmacêuticos, 2011). O critério de identificação do doente não foi tido em conta nos estudos analisados, à excepção do estudo de Higgins et al. (2013), em que um dos cenários, o pedido de contracepção de emergência é efectuado pelo companheiro. Neste estudo apenas 42% dos farmacêuticos identificaram o utente da contracepção pedida. Somente um artigo reportou critério idade (Queddeng et al., 2011). Apesar de 60% dos critérios terem sido reportados nos estudos, o que tudo indica a recolha de informação por parte dos farmacêuticos foi satisfatória mas ainda assim, os critérios de identificação de uma utilizadora deste método contraceptivo não foram reportados na proporção devida. Poucos estudos reportaram o tempo desde a relação sexual e a data do último ciclo menstrual, questões estas consideradas fulcrais, para uma correcta análise clínica da utente. Os critérios de inclusão não foram validados pelos farmacêuticos em causa, tendo esta 2ª etapa um perfil bastante incompleto, de acordo com as normas portuguesas (Ordem dos farmacêuticos, 2011).

O mau desempenho do farmacêutico poderá estar relacionado com vários factores que podem ser classificados como internos ou externos ao profissional de saúde. Como factores internos temos idade, sexo, etnia, saúde mental e física; como factores externos, o estabelecimento de qualificação profissional, o local de trabalho e outros associados (Schafheutle, Seston & Hassell, 2011). A influência da personalidade ou das atitudes pessoais no desempenho ainda é uma área pouco investigada na farmácia. Noutras áreas de saúde tem-se constatado que a personalidade e as atitudes pessoais influenciam o desempenho do profissional de saúde (Firth-Cozens & King, 2006).

Relativamente ao uso da metodologia do utente simulado, o seu sucesso depende da selecção e da formação do paciente simulado. Este deverá ser uma pessoa inteligente e com maturidade emocional. A vantagem desta metodologia é que permite obter dados que reflectam uma situação real. No entanto, a desvantagem, é que pode desencadear diferentes interpretações do conteúdo observado, quer para um único observador quer para vários. Uma medida para ultrapassar esta limitação, é recorrer a observadores

treinados e instruídos para a recolha de dados, e optar por gravações audiovisuais, permitindo obter dados mais viáveis e confiáveis (Beullens, Rethans, Goedhuys & Buntinx, 1997). Outra desvantagem que tem sido apontada para este método de pesquisa é o efeito Hawthorne. Este efeito consiste na mudança de comportamento do ser humano para melhor, quando este é alvo de observação. Numa investigação clínica isto traduz-se num melhor desempenho da amostra (McCarney et al., 2007). Somente três dos 15 artigos recorreram à metodologia do utente simulado sem o conhecimento das farmácias alvo. Não é possível descartar totalmente o efeito de Hawthorne nos artigos analisados.

As limitações referidas nos artigos analisados foram amostra pequena (Bilkhu et al., 2014; Anderson & Bissell, 2004; Higgins & Hattingh, 2013; Horvat et al., 2012; Watson et al., 2009), envolvimento de pessoal não farmacêutico nos estudos (Bilkhu et al., 2014; Higgins & Hattingh, 2013; Horvat et al., 2012; Norris, 2002) e o efeito Hawthorne (Higgins & Hattingh, 2013; Alte et al., 2007).

Esta revisão da literatura apresenta como ponto forte o seu carácter original. À data de realização deste trabalho não se conhece nenhuma revisão sobre o desempenho dos profissionais de farmácia no aconselhamento a MNSRM nos países desenvolvidos. No entanto a revisão enferma de várias limitações. Não é de descartar que alguns estudos elegíveis possam ter sido negligenciados, uma vez que a pesquisa foi apenas realizada pela autora, cuja experiência é limitada. Além disso, a qualidade e a robustez dos estudos não foram avaliados nesta revisão que teve como foco principal de extracção dos dados. Futuros trabalhos deverão incluir a avaliação da qualidade dos estudos para uma maior robustez, bem como artigos publicados noutras línguas que não em inglês.

4 Bibliografia

- Akçura, M. T., Gönül, F. F. & Petrova, E. (2004). *Consumer Learning and Brand Valuation: An Application on Over-the-Counter Drugs*. *Marketing Science*, 23 (1), 156-169. doi 10.1287/mksc.1030.0028
- Alte, D., Weitschies, W., & Ritter, C. a. (2007). Evaluation of consultation in community pharmacies with mystery shoppers. *Annals Pharmacother*, 41(6), 1023–30. doi:10.1345/aph.1H565
- Anderson, C., & Bissell, P. (2004). Using semi covert research to evaluate an emergency hormonal contraception service. *Pharm World Sci*, 26(2), 102–6. Disponível em, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15085945>
- Berger, K., Eickhoff, C., & Schulz, M. (2005). Counselling quality in community pharmacies: Implementation of the pseudo customer methodology in Germany. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 30, 45–57. doi:10.1111/j.1365-2710.2004.00611.x
- Beullens, J., Rethans, J. J., Goedhuys, J., & Buntinx, F. (1997). The use of standardized patients in research in general practice. *Family Practice*, 14(1), 58-62. doi: 10.1093/fampra/14.1.58
- Bilkhu, P. S., Wolffsohn, J. S., Tang, G. W., & Naroo, S. a. (2014). Management of dry eye in UK pharmacies. *Contact Lens and Anterior Eye*, 37, 382–387. doi:10.1016/j.clae.2014.06.002
- Blenkinsopp, A., Paxton, P., & Blenkinsopp, J. (2013). *Symptoms in the pharmacy: a guide to the management of common illness*. John Wiley & Sons.
- Brata, C., Gudka, S., Schneider, C. R. & Clifford, R. M. (2014). A review of the provision of appropriate advice by pharmacy staff for self-medication in developing countries. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. doi:10.1016/j.sapharm.2014.07.003

- Brata, C., Gudka, S., Schneider, C. R., Everett, A., Fisher, C., & Clifford, R. M. (2013). A review of the information-gathering process for the provision of medicines for self-medication via community pharmacies in developing countries. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(4), 370–383. doi:10.1016/j.sapharm.2012.08.001
- British National Formulary No. 40. London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2000 Sep: 609-48
- Cohen, J., Millier, a, Karray, S., & Toumi, M. (2013). Assessing the economic impact of Rx-to-OTC switches: systematic review and guidelines for future development. *Journal of Medical Economics*, 16(6), 835–844. doi:http://dx.doi.org/10.3111/13696998.2013.793693
- Council Meeting da FIP (2010). NORMAS CONJUNTAS FIP / OMS PARA AS BOAS PRÁTICAS DE FARMÁCIA: DIRETRIZES PARA A QUALIDADE DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS. Disponível em, http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile640.pdf
- Du, Y. & Knopf, H. (2009). Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Br J Clin Pharmacol.*, 68(4), 599–608. doi: 10.1111/j.1365-2125.2009.03477.x
- Eickhoff, C., Hämmerlein, A., Griesse, N. & Schulz, M. (2012). Nature and frequency of drug-related problems in self-medication (over-the-counter drugs) in daily community pharmacy practice in Germany. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 21, 254–260. doi: 10.1002/pds.2241
- Fernandes, A., Palma, L., Frazão, F. & Monteiro, C., (2010). *Medicamentos não sujeitos a receita médica – razões mais frequentes de seu uso*. *Rev. Lusófona de Ciências e Tecnologia da Saúde*, 1 (7), 47-55. Disponível

em, <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/revistasauade/article/download/1234/1000>.

Firth-Cozens, J. & King, J. (2006). Are psychological factors linked to performance? In: Cox J, King J, Hutchinson A, McAvoy P, editors. Understanding doctors' performance. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd.

Galbally R. (2000). National competition review of drugs, poisons and controlled substances legislation: Part B. Final report. Canberra: Australian and International Health Institute. Disponível em, <https://www.tga.gov.au/sites/default/files/review-galbally-050628-partb.pdf>

Grover, S. A., Coupal, L., & Zowall, H. (2005). Treating Osteoarthritis With Cyclooxygenase-2-Specific Inhibitors What Are the Benefits of Avoiding Blood Pressure Destabilization? *Hypertension*, 45(1), 92-97. doi: 10.1161/01.HYP.0000149684.01903.b8

Grupo de Boas Práticas de Farmácia. (2006). Indicação Farmacêutica. *Ordem Dos Farmacêuticos*, 4. Disponível em, http://ofporto.org/upload/documentos/354791-Ind_Farmaceutica.pdf

Hersh, E. V., Pinto, A., & Moore, P. A. (2007). Adverse drug interactions involving common prescription and over-the-counter analgesic agents. *Clinical therapeutics*, 29(11), 2477-2497. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2007.12.003>

Hibbert, D., Bissell, P., & Ward, P. R. (2002). Consumerism and professional work in the community pharmacy. *Sociology of Health & Illness*, 24(1), 46-65. Disponível em, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00003/pdf>

Higgins, S. J., & Hattingh, H. L. (2013). Requests for emergency contraception in community pharmacy: An evaluation of services provided to mystery patients. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(1), 114-119. doi:10.1016/j.sapharm.2012.03.004

- Horvat, N., Koder, M., & Kos, M. (2012). Using the simulated patient methodology to assess paracetamol-related counselling for headache. *PloS One*, 7(12), e52510. doi:10.1371/journal.pone.0052510
- Hughes, C. M., McElnay, J. C., & Fleming, G. F. (2001). Benefits and risks of self medication. *Drug Safety: An International Journal of Medical Toxicology and Drug Experience*, 24(14), 1027–1037. doi:10.2165/00002018-200124140-00002
- INFARMED I.P. (2015). Estatística do Medicamento 2013. Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ESTATISTICA_DO_MEDICAMENTO/Estat_Medic_2013.pdf
- Jos, P., & Cruz, S. (2014). Metodologia 4Choice4A ® para atendimento em MNSRM : Um contributo para a sua validação (Tese de Mestrado). Faculdade de Farmácia de Universidade da Coimbra, Portugal.
- Kelly, F. S., Williams, K. a, & Benrimoj, S. I. (2009). Does advice from pharmacy staff vary according to the nonprescription medicine requested? *The Annals of Pharmacotherapy*, 43(11), 1877–86. doi:10.1345/aph.1L121
- Kippist, C., Wong, K., Bartlett, D., & Saini, B. (2011). How do pharmacists respond to complaints of acute insomnia? A simulated patient study. *International journal of clinical pharmacy*, 33(2), 237-245. doi:10.1007/s11096-011-9482-5
- McCarney, R., Warner, J., Iliffe, S., van Haselen, R., Griffin, M., & Fisher, P. (2007). The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Medical Research Methodology*, 7(1), 30. doi:10.1186/1471-2288-7-30
- Mesquita, A., Sá, D., Santos, A., Neto, A. & Jr., D. (2013). Assessment of pharmacist's recommendation of non-prescription medicines in Brazil: a simulated patient study. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 35(4), 647–655. doi:10.1007/s11096-013-9787-7

- Millier, A., Cohen, J., & Toumi, M. (2013). Economic Impact of a triptan Rx-To-OTC Switch in Six EU Countries. *PLoS ONE*, 8(12), e84088. doi:10.1371/journal.pone.0084088
- Ministério da Saúde. (2005). Decreto-Lei n.º 134/2005. Disponível em, http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_VI/035-B_DL_134_2005_3Alt.pdf.
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto - Estatuto do Medicamento, 1–250. Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-E_DL_176_2006_9ALT.pdf.
- Ministério da Saúde. (2007). Despacho n.º 17690/2007 – lista das situações de automedicação. *Diário da República*, 10-12. Disponível em, https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_I/011-D1_Desp_17690_2007.pdf.
- Neanderthals, T. (2014). Seven-star pharmacist concept by World Health Organization, *Journal of Young Pharmacists*, 6 (2), 1–3. doi:10.5530/jyp.2014.2.1
- Negru, D. S., Cristea, A. N., & Petculescu, A. M. (2012). Patient Counselling at Dispensing OTC Medicines in the Community Pharmacy. *Farmacia*, 60, 102–110. Disponível em, <http://www.revistafarmacia.ro/201201/art.11.negru%20102-110.pdf>
- Norris, P. T. (2002). Purchasing restricted medicines in New Zealand pharmacies: results from a "mystery shopper" study. *Pharmacy World and Science*, 24(4), 149-153. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12227248>
- Ordem dos Farmacêuticos, Associação Nacional das Farmácias, Grupo Farmacêutico da União Europeia. (2001). *Boas Práticas de Farmácia*. 2ª Edição.

- Ordem dos Farmacêuticos. (2011). Contracepção de Emergência, 4–9, 12–13. Disponível em http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile419.pdf
- Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE). (2010). The PCNE Classification V6.2. Disponível em http://www.pcne.org/upload/files/11_PCNE_classification_V6-2.pdf
- Queddeng, K., Chaar, B., & Williams, K. (2011). Emergency contraception in Australian community pharmacies: a simulated patient study. *Contraception*, 83(2), 176–82. doi:10.1016/j.contraception.2010.07.011
- Rantucci, M. J. (2007). *Pharmacists Talking with Patients: A guide to patient counseling*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Rutter, P. e Newby, D. (2012). Community Pharmacy – Symptoms, Diagnosis and Treatment. 2ª Edição: Sydney, Australia. Elsevier. Disponível em, <http://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=552a3b22f15bc7a1298b459c&key=1b27902d-f216-4bc7-87b4a11fd4d3d88d&assetKey=AS:273755341819904@1442279767404>
- Schafheutle, E., Seston, E. & Hassell, K. (2011). Factors influencing pharmacist performance: A review of the peer-reviewed literature. *Health Policy* 102, 178–192. doi:10.1016/j.healthpol.2011.06.004
- Schmiedl, S., Rottenkolber, M., Hasford, J., Rottenkolber, D., Farker, K., Drewelow, B., ... Th?rmann, P. (2014). Self-Medication with Over-the-Counter and Prescribed Drugs Causing Adverse-Drug-Reaction-Related Hospital Admissions: Results of a Prospective, Long-Term Multi-Centre Study. *Drug Safety*, 1–11. doi:10.1007/s40264-014-0141-3
- Schneider, C. R., Emery, L., Brostek, R., & Clifford, R. M. (2013). Evaluation of the supply of antifungal medication for the treatment of vaginal thrush in the community pharmacy setting: a randomized controlled trial. *Pharmacy Practice*, 11(3), 132–7. doi:10.4321/S1886-36552013000300002

- Schneider, C. R., Everett, A. W., Geelhoed, E., Kendall, P. a, Murray, K., Garnett, P., ... Clifford, R. M. (2011). Provision of primary care to patients with chronic cough in the community pharmacy setting. *Annals Pharmacother*, 45(3), 402–8. doi:10.1345/aph.1P514
- Stosica, R., Dunagan, F., Palmer, H., Fowler, T., & Adams, I. (2011). Responsible self-medication: Perceived risks and benefits of over-the-counter analgesic use. *International Journal of Pharmacy Practice*, 19(4), 236-245. doi:10.1111/j.2042-7174.2011.00097.x
- Soares, M. A. (2005). Automedicação versus indicação farmacêutica. *Mundo Farmacêutico*, 18(5), 16-17.
- Yoon, S. L., & Schaffer, S. D. (2006). Herbal, Prescribed, and Over-the-Counter Drug Use in Older Women: Prevalence of Drug Interactions. *Geriatric Nursing*, 27(2), 118–129. doi:10.1016/j.gerinurse.2006.02.014
- Watson, M. C., Cleland, J. a., & Bond, C. M. (2009). Simulated patient visits with immediate feedback to improve the supply of over-the-counter medicines: A feasibility study. *Family Practice*, 26(May), 532–542. doi:10.1093/fampra/cmp061
- Weiss, M. C., Booth, A., Jones, B., Ramjeet, S., & Wong, E. (2010). Use of simulated patients to assess the clinical and communication skills of community pharmacists. *Pharmacy World & Science : PWS*, 32(3), 353–61. doi:10.1007/s11096-010-9375-z
- Westerlund, L., Marklund, B., Handl, W., Thunberg, M. & Allebeck, P. (2001). Nonprescription Drug–Related Problems and Pharmacy Interventions. *The Annals of Pharmacotherapy*, 35, 1343-9. doi: 10.1345/aph.1A065
- Whelton, A., White, W. B., Bello, A. E., Puma, J. A., Fort, J. G., & Investigators, S. V. (2002). Effects of celecoxib and rofecoxib on blood pressure and edema in patients ≥ 65 years of age with systemic hypertension and osteoarthritis. *The American journal of cardiology*, 90(9), 959-963. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9149(02)02661-9

World Health Organization. (1998). The role of the pharmacist in self-care and self-medication. *WHO Consultive Group on the Role of the Pharmacist*, 15. Disponível em <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:The+Role+of+the+Pharmacist+in+Self-Care+and+Self-Medication#0>

5 Anexos

Anexo I - Situações passíveis de automedicação

Sistema	Situações passíveis de automedicação (termos técnicos)
Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> a) Diarreia. b) Hemorróidas (diagnóstico confirmado). c) Pirose, enfartamento, flatulência. d) Obstipação. e) Vômitos, enjoo do movimento. f) Higiene oral e da orofaringe. g) Endoparasitoses intestinais. h) Estomatites (excluindo graves) e gengivites. i) Odontalgias. j) Profilaxia da cárie dentária. k) Candidíase oral recorrente com diagnóstico médico prévio. l) Modificação dos termos de higiene oral por desinfecção oral. m) Estomatite aftosa.
Respiratório	<ul style="list-style-type: none"> a) Sintomatologia associada a estados gripais e constipações. b) Odinofagia, faringite (excluindo amigdalite). c) Rinorreia e congestão nasal. d) Tosse e rouquidão. e) Tratamento sintomático da rinite alérgica perene ou sazonal com

	diagnóstico médico prévio.
	f) Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infecções respiratórias em presença de hipersecreção brônquica.
	g) Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio (corticóide em inalador nasal)
Cutâneo	<p>a) Queimaduras de 1.o grau, incluindo solares.</p> <p>b) Verrugas.</p> <p>c) Acne ligeiro a moderado.</p> <p>d) Desinfecção e higiene da pele e mucosas.</p> <p>e) Micoses interdigitais.</p> <p>f) Ectoparasitoses.</p> <p>g) Picadas de insectos.</p> <p>h) Pitiríase capitis (caspa).</p> <p>i) Herpes labial.</p> <p>j) Feridas superficiais.</p> <p>k) Dermatite das fraldas.</p> <p>l) Seborreia.</p> <p>m) Alopecia.</p> <p>n) Calos e calosidades.</p> <p>o) Frieiras.</p> <p>p) Tratamento da pitiríase versicolor.</p> <p>q) Candidíase balânica.</p> <p>r) Anestesia tópica em mucosas e pele nomeadamente mucosa oral e rectal.</p>

	s) Tratamento sintomático localizado de eczema e dermatite com diagnóstico médico prévio.
Nervoso/psique	a) Cefaleias ligeiras a moderadas. b) Tratamento da dependência da nicotina para alívio dos sintomas de privação desta substância em pessoas que desejem deixar de fumar. c) Enxaqueca com diagnóstico médico prévio. d) Ansiedade ligeira temporária. e) Dificuldade temporária em adormecer.
Muscular/ósseo	a) Dores musculares ligeiras a moderadas. b) Contusões. c) Dores pós-traumáticas. d) Dores reumatismais ligeiras a moderadas (osteartrose/osteoartrite). e) Dores articulares ligeiras a moderadas. f) Tratamento tópico de sinovites, artrites (não infecciosa), bursites, tendinites. g) Inflamação moderada de origem músculo esquelética nomeadamente pós-traumática ou de origem reumática.
Geral	a) Febre (menos de três dias). b) Estados de astenia de causa

	identificada.
	c) Prevenção de avitaminoses
Ocular	<p>a) Hipossecreção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a três dias.</p> <p>b) Tratamento preventivo da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</p> <p>c) Tratamento sintomático da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</p>
Ginecológico	<p>a) Dismenorreia primária.</p> <p>b) Contracepção de emergência.</p> <p>c) Métodos contraceptivos de barreira e químicos.</p> <p>d) Higiene vaginal.</p> <p>e) Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfecção vaginal.</p> <p>f) Candidíase vaginal recorrente com diagnóstico médico prévio. Situação clínica caracterizada por corrimento vaginal esbranquiçado, acompanhado de prurido vaginal e habitualmente com exacerbação pré-menstrual.</p> <p>g) Terapêutica tópica nas alterações tróficas do tracto geniturinário inferior acompanhadas de queixas vaginais como dispareunia, secura e prurido.</p>

Vascular





- a) Síndrome varicosa—terapêutica tópica adjuvante.
- b) Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crônica (com descrição de sintomatologia).




Anexo II – Acrónimos mais utilizados no atendimento farmacêutico (ENCORE, ASMETHOD, SIT DOWN SIR)

	Significado	Atributos do acrónimo
E	Explore / Explore	
N	No medication / Sem medicação	Pontos positivos – Tem em consideração o bem-estar do utente
C	Care / Cuide	
O	Observe / Observe	Pontos negativos – Não tem em consideração factores sociais/ estilo de vida/ história familiar
R	Refer / Referir	
E	Explain / Explicar	
A	Age/ Appearance Idade/Aparência	
S	Self or someone else? / O próprio ou outra pessoa?	Pontos positivos – Estabelece a natureza do problema; averigua se o utente sofreu anteriormente de episódios similares
M	Medication? / Medicação?	
E	Extra medicines? / Outros medicamentos?	
T	Time persisting? / Persistência dos sintomas?	
H	History? / História clínica?	Pontos negativos – Não tem em consideração factores sociais/ estilo de vida/ história familiar
O	Other symptoms? / Outros sintomas?	
D	Danger symptoms? / Sintomas perigosos?	
S	Site or location? / Sítio ou localização?	
I	Intensity or severity? / Intensidade ou gravidade?	Pontos positivos – Estabelece a natureza e a

		gravidade do problema; Averigua se o doente sofreu anteriormente de episódios semelhantes.
T	Type or nature? / Tipo ou natureza?	
D	Duration? / Duração?	
O	Onset? / Começo?	
W	With (other symptoms)? / Com outros sintomas?	
N	Annoyed or aggravated? / Irritado ou agravado?	Pontos negativos - Não tem em consideração factores sociais/ estilo de vida/ história familiar
S	Spread or radiation? / Alastrado ou radiação?	
I	Incidence or frequency pattern? / Incidência ou padrão de frequência?	
R	Relieved by? / Alivia?	

ANEXO III – 4CHOICE4A

Componente	Etapas	Sub etapas	Critério de Qualidade
Interpessoal			Cumprimentar o cliente; Identificar o motivo da visita; Manter o contacto visual; Oferecer atendimento privado, se aplicável;
Técnica		Avaliação	Exame subjectivo Se aplicável, identificar o doente; Caracterizar os sinais e sintomas; Estabelecer a duração dos sintomas; Identificar medidas já tomadas para o alívio dos sintomas; Identificar co-morbilidades e outros medicamentos utilizados habitualmente Exame objectivo Se aplicável, verificar aparência, sinais ou parâmetros Se aplicável, referenciar para consulta médica.
Técnica		Seleção	Adequar tratamento à situação apresentada: Direccionado aos sintomas; Sem contra-indicações conhecidas; Sem interacções clinicamente relevantes Respeitando as preferências do cliente Seleccionar medicamentos não sujeito a receita médica
Técnica		Aconselhamento	Prestar informação oral sobre a acção do tratamento Prestar informação oral sobre a posologia Prestar informação oral sobre a duração do tratamento Prestar informação escrita sobre

Técnica		<p>a posologia</p> <p>Prestar informação complementar oral ou escrita</p> <p>Informar sobre o que fazer se os sintomas persistirem</p> <p>Encorajar o cliente a reportar os resultados do tratamento</p>
Interpessoal		<p>No caso de pedido directo de um medicamento, manifestar disponibilidade para assistir o cliente</p> <p>Verificar a compreensão da informação prestada</p> <p>Manifestar disponibilidade para prestar mais informação</p> <p>Estar atento às necessidades do cliente</p>
Interpessoal		<p>Renovar disponibilidade</p> <p>Manter contacto visual</p>

ANEXO IV

